TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

D[r] FÉLIX LAGRANGE
Professeur agrégé,
Chargé d'un cours complémentaire d'ophtalmologie à la Faculté de Bordeaux,
Chirurgien des hôpitaux, Oculiste de l'hôpital des Enfants.

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2
—
1904

TITRES & TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU Dr FÉLIX LAGRANGE

GRADES UNIVERSITAIRES

Docteur en médecine (2 mars 1880).
Agrégé des Facultés de médecine (section de chirurgie et accouchement), (juillet 1883).
Chargé d'un cours complémentaire d'ophtalmologie (fondation de l'Université de Bordeaux, mai 1898).

RÉCOMPENSES SCIENTIFIQUES

Lauréat de l'École de médecine de Bordeaux (1875, 1876), (1er prix).
Lauréat de l'École du Val-de-Grâce. Sorti premier de la promotion (1880).
Prix Laborie (1 200 francs). Société de chirurgie (1885).
Récompense de 500 francs sur le prix Monbinne. Académie de médecine (1890).
Récompense de 500 francs sur le prix Meynot. Académie de médecine (1893).
Médaille d'or de l'Académie des sciences, belles-lettres et arts de Bordeaux (1899).

SOCIÉTÉS SAVANTES ET DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Membre et ancien vice-président de la Société anatomique de Bordeaux.
Membre de la Société de médecine de Bordeaux.
Membre du Comité de la Société française d'ophtalmologie.
Membre correspondant de la Société d'ophtalmologie de Paris.
Membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris.
Membre titulaire de la réunion médico-chirurgicale des hôpitaux de Bordeaux.
Officier de l'Instruction publique.

SERVICES DANS LES HOPITAUX

1875. Interne adjoint à l'hôpital Saint-André de Bordeaux.

1876. Interne titulaire des hôpitaux de Bordeaux.

1878. Externe des hôpitaux de Paris; admis la même année à l'École du Val-de-Grâce, le premier de la promotion.

1880. Sorti premier de l'École du Val-de-Grâce, attaché à l'École en qualité de chef de clinique chirurgicale du professeur Gaujot.

1181-1882. Aide-major à l'hôpital militaire du Gros-Caillou.

1883. Nommé professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux et aide-major dans la garnison et l'hôpital militaire de la ville.

1884. Remplacement de M. le professeur Denucé à la clinique chirurgicale.

1885-1886. Suppléances pendant les vacances de M. le professeur Badal à la Clinique ophtalmologique, diverses suppléances dans les services de clinique chirurgicale.

1887-1888. Désigné pour servir au Tonkin, comme médecin-major de 2e classe. Création à Hué d'un hôpital annamite où viennent s'instruire les médecins du Roi.

1889. Nommé *chirurgien des hôpitaux civils* de Bordeaux à son premier concours, le service et l'autorité militaires l'ayant, jusqu'à cette époque, empêché de se présenter.

1890. Démissionnaire de l'armée, après dix ans de service. — Chirurgien attaché à l'hospice général de Pélegrin de Bordeaux.

1891 et suivantes. Suppléances pendant les vacances, et à plusieurs reprises, sur la demande du professeur, dans le service de la Clinique ophtalmologique.

1894. Création du service d'ophtalmologie de l'hôpital des Enfants. Depuis cette époque, direction continue de ce service, pour lequel un oculiste adjoint, M. le docteur Cabannes, a été nommé au concours en juin 1898.

1897 à 1901. Suppléances régulières de M. le professeur Badal pendant les vacances du 1er août au 1er novembre, et pendant la durée de l'année, à la volonté du professeur.

ENSEIGNEMENT

Aide d'anatomie à l'École de médecine de Bordeaux, 1876-1878.

Cours de clinique chirurgicale, en remplacement de M. le professeur Denucé. Année 1884.

Cours de clinique chirurgicale en remplacement de M. le professeur Lannelongue, du 6 mars 1889 au 1er juin 1889.

Cours de clinique ophtalmologique, à un grand nombre de reprises depuis 1884, à la volonté du professeur à titre officiel ou officieux, en remplacement de M. le professeur Badal.

Pendant les remplacements de M. le professeur de clinique ophtalmologique, le service d'ophtalmologie de l'hôpital des Enfants dépendant des hôpitaux et dont le titulaire est le Dr Lagrange, est dirigé par le Dr Cabannes, professeur agrégé et oculiste suppléant.

1886. *Cours complémentaire sur la chirurgie d'armée.*

1892. *Cours de physiologie* en remplacement de M. le professeur Jolyet, nommé juge au concours de l'agrégation.

1889 et années suivantes jusqu'à 1901. *Cours complémentaire d'ophtalmologie* portant sur les vices de réfraction et l'ophtalmoscopie. Ce cours, dont le programme est établi d'accord avec le professeur de clinique ophtalmologique, comprend 25 leçons consacrées à l'optométrie subjective et objective : optomètres, image renversée, image droite, leur grossissement, leur valeur séméiologique, etc., la skiascopie et l'*étude complète des vices de réfraction* au point de vue pratique.

A ces 25 leçons s'ajoutent 15 leçons portant sur une partie, variable tous les ans, de la pathologie oculaire.

MONOGRAPHIES

ET

OUVRAGES DIDACTIQUES

---

1. Traitement de l'ankylose du genou.

Thèse d'agrégation, 1883, 180 pages.

Dans ce travail, nous exposons que l'ankylose du genou est tantôt une terminaison heureuse des affections de cette articulation et tantôt une infirmité à laquelle il faut remédier et, pour les cas où il faut intervenir, nous faisons connaître : 1° la technique des procédés opératoires et le mode d'action des appareils employés; 2° les indications spéciales à chacun d'eux, les accidents qui résultent de leur application intempestive et les contre-indications qu'on doit tirer de ces accidents.

C'est ainsi que dans trois chapitres principaux nous avons étudié : 1° les ankyloses dans lesquelles il faut intervenir; 2° les instruments, procédés opératoires, appareils en usage; 3° les avantages et les inconvénients, les indications et les contre-indications de ces divers procédés.

Nous signalerons dans ce travail une étude sur l'anatomie et la physiologie pathologiques de l'ankylose du genou, où l'on trouve les idées et le schéma de Volkmann encore peu connus en France.

Les indications des opérations sanglantes ont été également l'objet d'une étude attentive qu'on peut ainsi résumer :

1° L'ostéotomie linéaire convient aux ankyloses osseuses, solides, non douloureuses, avec disparition totale de l'articulation ; l'ostéoclasie sus-condylienne doit cependant lui être préférée lorsque l'ankylose

n'atteint pas l'angle droit et qu'il n'y a ni torsion ni déviation latérale prononcées;

2° La résection cunéiforme est indiquée dans les cas d'hypertrophie des condyles (Volkmann) d'ankylose avec ostéite persistante, trajets fistuleux, fongosités;

3° La résection articulaire est applicable aux ankyloses fibreuses que les lésions vasculo-nerveuses, les tractions fibreuses du creux poplité, les changements de rapport des os ne permettent pas de redresser sans dangers.

2. Valeur thérapeutique de l'élongation des nerfs.

Mémoire couronné par la *Société de chirurgie* (prix Laborie), 222 pages, 1885.

Ce travail renferme une étude historique et critique complète de la question; il contient 85 observations inédites d'élongation des nerfs de la face, notamment du nerf nasal, et des expériences faites dans le laboratoire de M. le professeur Duplay, à cette époque professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Paris. Ces expériences nous ont servi à préciser le mode d'action spécial de l'élongation et à montrer :

1° Que l'élongation produit au point élongé des altérations analogues à celles de la compression, de l'écrasement;

2° Qu'à ces lésions du nerf s'ajoute un retentissement plus ou moins marqué sur la moelle;

3° Que par ce retentissement sur les centres doit s'expliquer l'action spéciale de l'élongation sur les nerfs sensitifs.

En définitive, nous avons démontré que l'élongation agit sur les cordons sensitifs en créant des troubles circulatoires, nutritifs, inflammatoires dans la moelle, et que c'est là le mode d'action propre à cette méthode thérapeutique.

On trouve dans ce travail un chapitre très complet sur les accidents et dangers de l'élongation des nerfs.

Les conclusions générales sont les suivantes :

1. L'élongation des nerfs constitue un procédé thérapeutique spécial par son mode d'action. Son influence se fait sentir jusque sur les centres nerveux, la moelle en particulier. Il en résulte une paralysie de la sensibilité avec une conservation relative de la motilité.

2. Ce retentissement de l'élongation sur les centres peut déterminer des hémorrhagies, des phénomènes inflammatoires aigus et chroniques de la plus haute gravité.

3. L'élongation des nerfs est par conséquent une méthode thérapeutique beaucoup plus large dans ses effets et dans ses applications que la névrotomie, la névrectomie ou la neurotripsie. Elle est aussi beaucoup plus dangereuse. Son mode d'application nécessite une circonspection et une prudence très grandes.

4. D'une façon générale, il ne faudra l'employer que pour les nerfs mixtes; la section ou la résection conviennent mieux aux nerfs sensitifs; mais il existe certaines différences essentielles pour les divers troncs nerveux.

5. Dans les névralgies de l'ophtalmique de Willis on peut choisir entre la résection et l'élongation du frontal et du nasal. Les résultats sont les mêmes. Cependant l'élongation, ou mieux l'arrachement du nasal, doit être préférée à cause de sa grande facilité et de son innocuité absolue. L'élongation ou l'arrachement du nasal, assez bon dans le glaucome chronique, est une *opération excellente pour le glaucome aigu.* Elle est *également très précieuse* dans le traitement *des douleurs ciliaires aiguës ou chroniques* et mérite de passer dans la pratique chirurgicale courante.

6. Dans les névralgies sous-orbitaires, il faudra réséquer le nerf, au besoin extirper le ganglion de Meckel. La résection convient aussi au nerf dentaire.

7. L'élongation des nerfs mixtes pour névralgie pourra être essayée dans les cas rebelles; on commencera par le procédé non sanglant. L'élongation du sciatique est plus dangereuse qu'utile dans le tabes et les diverses affections de la moelle.

8. Le tétanos n'est pas plus efficacement traité par l'élongation que par la névrotomie. La première peut rendre des services dans les spasmes traumatiques, dans le tétanos localisé au début; elle agit alors en interrompant le courant nerveux. Il paraît plus prudent de lui substituer une simple section nerveuse qui n'a point l'inconvénient d'ajouter une nouvelle irritation à la moelle. La neurotripsie est le procédé de choix. On pourra s'en servir dans les cas, rares d'ailleurs, où les accidents seront bien localisés à un ou plusieurs nerfs déterminés.

9. Le tic douloureux sera traité par la résection de la branche du trijumeau intéressée; le tic non douloureux, par l'élongation du facial.

10. Le torticolis grave, invétéré, ayant résisté à tous les moyens ordinaires, sera souvent guéri par la résection de la branche externe du spinal.

11. Dans les contractures, les spasmes traumatiques, l'épilepsie réflexe, l'élongation donne des résultats appréciables, parfois des améliorations définitives.

12. Dans les paralysies périphériques, l'élongation a donné jusqu'ici des résultats contradictoires. — Dans la lèpre anesthésique, elle n'agit que contre l'élément douleur et encore avec une efficacité douteuse. — L'atrophie du nerf optique n'est pas améliorée par cette opération.

Depuis la publication de notre ouvrage et dans ces derniers temps, on s'est occupé de l'élongation des nerfs en tenant peut-être un compte insuffisant de nos expériences et de notre étude, ce qui vient de ce que nous avons eu le tort de publier notre mémoire dans une brochure séparée et non dans l'une des grandes Revues de chirurgie toujours consultées par les travailleurs.

3. Article **Entorse**.

Dictionnaire encyclopédique, 20 pages.

Étude complète de l'entorse en général dans laquelle nous exposons le résultat d'expériences que nous avons faites : 1° sur les quatre derniers doigts ; 2° sur l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce.

Nous montrons, au sujet des quatre derniers doigts, qu'en renversant le doigt sur la face dorsale de la main on obtient constamment un arrachement osseux au niveau de l'extrémité articulaire située au-dessous de l'articulation luxée. Le fragment osseux a la forme d'une bandelette linéaire allant d'un côté à l'autre de l'extrémité osseuse.

Au sujet de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce, nous avons démontré que l'arrachement osseux n'existe pas, et que la crépitation doit s'expliquer non par une fracture partielle, mais par l'abondance de l'épanchement sanguin.

4. Article **Épaule**.

Dictionnaire encyclopédique (78 pages).

Cet article comprend : 1° les luxations de l'épaule ; 2° les contusions, les plaies et les complications diverses qui peuvent en résulter ; 3° les

paralysies de l'épaule ; 4° la médecine opératoire et les règles de l'intervention chirurgicale dans les différents cas où on est appelé à agir.

Cet article est un travail d'ensemble dans lequel nous nous sommes attaché à être le plus complet possible, notamment en ce qui concerne l'historique de la question qui a été aussi longuement traitée qu'il convient dans une pareille publication. Au sujet des luxations, la classification adoptée est celle-là même dont s'est servi M. le professeur Panas, dans le très remarquable article qu'il a publié sur le même sujet dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*.

Nous utilisons et commentons les expériences originales qui ont été faites à ce sujet par cet éminent maître, qui a définitivement fixé la science sur la plupart des points controversés, et nous nous sommes appliqué, par des observations anatomo-pathologiques bien choisies, à montrer que les faits cliniques s'accordaient avec les recherches expérimentales.

Sans nous attarder ici à une analyse qui pourrait être fort longue, nous croyons devoir signaler le paragraphe que nous consacrons à l'*étiologie comparée des luxations* de l'épaule, ainsi que celui des *plaies par armes à feu* de cette région.

5. Arthrites infectieuses et inflammatoires.

Traité de chirurgie de Duplay et Reclus (120 pages).

Nous décrivons successivement dans ce travail : 1° les arthrites tuberculeuses ; 2° syphilitiques ; 3° blennorhagiques ; 4° liées aux fièvres éruptives ; 5° résultant d'une affection inflammatoire infectieuse (fièvre typhoïde, endocardite ulcéreuse, dysenterie, etc.).

1° Arthrites tuberculeuses. — Au sujet des arthrites tuberculeuses, nous nous sommes particulièrement appliqué à bien mettre en lumière la pathogénie et l'anatomie pathologique, sans rien négliger du côté pratique de la question.

2° Arthrites syphilitiques. — L'étude des manifestations articulaires de la syphilis nous donne l'occasion de faire la critique des observations et des travaux si controversés publiés sur cet important sujet que la doctrine microbienne a fait sortir de son obscurité. Au lieu de diviser

ces accidents en secondaires et en tertiaires, division qui n'a pas peu contribué à égarer l'opinion sur leur existence, nous les classons suivant l'époque à laquelle ils se produisent en allant des plus précoces vers les plus tardifs et nous étudions aussi : *a*) les arthralgies ; *c*) les arthrites subaiguës ; *d*) les hydarthroses ; *e*) les ostéo-arthropathies comprenant les infiltrations gommeuses périsynoviales et les diverses variétés de gommes, de périostites juxta-articulaires et d'ostéites épiphysaires syphilitiques.

3° Arthrites blennorrhagiques. — Que l'on rapporte à la présence du gonocoque de Neisser dans les tissus articulaires, ou à la seule influence de ses produits de sécrétion les diverses manifestations morbides qui sont susceptibles de se produire au niveau des jointures au cours de la blennorrhagie, les faits cliniques ne peuvent plus être niés.

C'est à leur interprétation pathogénique que nous consacrons la première partie de cet article en condensant les discussions qui se sont élevées à ce sujet au sein des sociétés savantes. L'arthralgie, l'hydarthrose, l'arthrite aiguë, l'arthrite suppurée sont les diverses modalités de l'infection gonococcique localisées sur les articulations.

4° Arthrites consécutives aux fièvres éruptives. — Les déterminations articulaires dont elles s'accompagnent ont été étudiées surtout par les médecins, mais nous nous attachons à mettre en relief leur importance chirurgicale.

A. — Les arthrites consécutives à la variole sont simples et susceptibles de résolution rapide, ou suppurées et pouvant désorganiser et détruire les tissus articulaires, y compris les os. Dans ce cas, elles sont ou le résultat des infections secondaires ou le produit direct de l'intoxication variolique.

B. — Les arthrites scarlatineuses, plus fréquentes que les précédentes, comprennent trois variétés : *a*) l'arthrite séreuse aiguë non suppurée (rhumatisme scarlatin) ; *b*) l'arthrite séreuse suppurant consécutivement ; *c*) l'arthrite purulente d'emblée.

Les arthrites consécutives à la rougeole, peu graves en général, sont de deux ordres : les arthrites légères et les arthrites aiguës qui parfois revêtent un caractère de gravité exceptionnelle, car elles peuvent se transformer en tumeurs blanches.

5° Arthrites consécutives à la pyohémie, à l'érysipèle, à la dysenterie, à la fièvre typhoïde, etc.

Enfin, ce chapitre se termine par une étude complete de l'ankylose en général et de l'hydarthrose formant deux chapitres distincts. Celui qui concerne l'hydarthrose renferme de nombreux détails au point de vue du traitement chirurgical, qui, à l'époque où cet article a été écrit, avait déjà fait ses preuves.

6. Traité pratique des anomalies de la vision, à l'usage des étudiants.

G. Steinheil, éditeur, Paris, 1892, 330 pages.

Ce petit ouvrage, adressé aux étudiants qui veulent plus tard faire de la pratique générale, renferme, sous la forme la plus élémentaire possible, tout ce que les praticiens doivent ou devraient savoir au sujet des vices de réfraction.

7. Études sur les tumeurs de l'œil, de l'orbite et des annexes.

(280 p., 9 planches et 16 figures dans le texte). Récompense sur le prix Meynot. (Académie de médecine, 1893), G. Steinheil, éditeur, Paris, 1893.

Dans cet ouvrage, nous nous sommes appliqué à montrer que la coque de l'œil se défend très efficacement contre les tumeurs malignes épi-bulbaires et péri-bulbaires et que cette coque présente un seul point faible, le limbe scléro-cornéen. L'envahissement de l'œil, quand il a lieu, se fait presque toujours à ce niveau. L'histologie de l'épithéliome et les inclusions parasitaires nous ont particulièrement arrêté et sont l'objet d'une histoire aussi détaillée que le comportent les observations.

Nous avons fait une étude spéciale de quelques tumeurs intra-oculaires rares ou méconnues, telles que le myome, le carcinome, la tuberculose du corps ciliaire. Nous montrons, en insistant particulièrement, que le gliome de la rétine, opéré au début, peut guérir.

Enfin, les tumeurs du nerf optique, par leur indépendance du globe de l'œil et du reste de l'orbite, nous semblent très souvent justiciables d'une opération simple. A propos d'un cas personnel heureux, nous avons décrit un procédé nouveau, qui rend facile l'extirpation du néoplasme sans l'ablation de l'organe de la vision.

Deux cas rares, l'un de tumeur kystique de l'orbite, l'autre de sarcome mélanique de la paupière, une étude de la pathogénie du chalazion, basée sur de nombreux documents, un cas de corne palpébrale avec une

théorie nouvelle du développement des cornes ont encore pris place dans ce volume.

8. Précis d'ophtalmologie.

Collection Testut, 700 pages, avec 229 figures dans le texte et 4 planches en couleurs. O. Doin, éditeur, 1897. (*La deuxième édition de cet ouvrage est en préparation.*)

Cet ouvrage de vulgarisation renferme, sous la forme la plus concise possible, toutes les données essentielles de l'ophtalmologie. Nous nous sommes particulièrement appliqué à simplifier l'étude des vices de réfraction.

Dans un court chapitre consacré à la dioptrique élémentaire, nous avons étudié les constantes optiques, les dioptres cornéens et cristalliniens et l'œil complet, c'est-à-dire la résultante des composantes dioptriques. Nous étudions enfin les principes sur lesquels repose la théorie de l'œil réduit.

Les anomalies de la réfraction ont, dans cet ouvrage, pris une place relativement très importante et nous avons exposé en détail les théories concernant les images droites et renversées, le grossissement de ces images, la skiascopie et les vices de réfraction dans la mesure permise par la nature de cette publication, etc.

9. Les lésions inflammatoires et infectieuses de l'œil. — Néoplasmes de l'œil.

In *Traité élémentaire d'anatomie pathologique* du professeur Coyne, J.-B. Baillière, éditeur, Paris, 1894.

Nous avons exposé dans ce travail l'anatomie pathologique du chalazion, des kératites, de l'iritis, de la choroïdite, de la tuberculose du globe oculaire, du glaucome et des rétinites, ainsi que les diverses variétés des néoplasmes oculaires.

10. Aide-mémoire de thérapeutique ophtalmologique

pour le *formulaire* de Dujardin-Beaumetz et Gilbert, 26 pages.

11. Traité des tumeurs de l'œil, de l'orbite et des annexes.

Tome premier : *Tumeurs de l'œil*, 876 pages avec 202 figures dans le texte dont 83 originales et 18 planches personnelles. G. Steinheil, éditeur, Paris, 1901.

Le *livre premier* est consacré aux tumeurs de la conjonctive bulbaire. Dans le chapitre affecté aux tumeurs bénignes, nous étudions successi-

vement les polypes et les granulomes, les papillomes, les kystes, les dermoïdes, les lipomes, les angiomes, les varices de la conjonctive et les ostéomes sous-conjonctivaux. Chaque variété est étudiée en détail : symptomatologie, anatomie pathologique, étiologie, pathogénie, et un historique très complet met en relief les différentes opinions des auteurs sur la question. La bibliographie a été l'objet de tous nos soins : tous les cas publiés se rapportant à l'affection sont mentionnés ou résumés. C'est par leur analyse et par celle de nos observations personnelles que nous retraçons l'histoire clinique de chaque entité morbide, nous laissant guider simplement par les faits qui se dégagent de l'étude des matériaux accumulés.

De nombreuses figures montrent les différentes variétés de kystes de la conjonctive : kystes par inclusion, kystes glandulaires, kystes lymphatiques, kystes à entozoaires, et le paragraphe se termine par le diagnostic différentiel de ces diverses variétés. De même pour les dermoïdes de la conjonctive et de la cornée sur la pathogénie desquels sont résumés successivement les travaux de Ryba, de de Wecker, Manz, Van Duyse, Lannelongue et Vassaux.

Les tumeurs malignes font l'objet du chapitre deuxième. Après un historique détaillé où sont dénombrés tous les cas de sarcomes et d'épithéliomes de la conjonctive bulbaire publiés jusqu'à ce jour, nous ajoutons neuf observations personnelles et arrivons à cette conclusion, que la bénignité relative de ces tumeurs, signalée tout d'abord en France par Panas et Poncet, en Italie par Manfredi et Sgrosso, en Allemagne par Remak, Caspar, Knies, etc., n'est pas absolue. Sans doute, ces tumeurs restent le plus souvent superficielles ; mais elles peuvent, dans un certain nombre de cas, dont il est très difficile d'évaluer la proportion, gagner en profondeur. Il ne faut donc pas être trop conservateur et songer à cette possibilité.

La pénétration, lorsqu'elle a lieu, se fait au niveau du limbe scléro-cornéen qui seul est envahi, tandis que la sclérotique et la cornée demeurent intactes en général ; par là les cellules peuvent facilement s'engager dans les espaces de Schlemm et de Fontana. Des planches originales montrent les rapports de ces tumeurs avec la cornée et la sclérotique et l'envahissement de l'angle de filtration par les cellules épithéliales.

L'anatomie pathologique, la symptomatologie, le diagnostic, le pro-

nostic et le traitement de ces tumeurs sont étudiés en détail, et de nombreuses planches permettent de suivre facilement la description.

Le *livre second* renferme les tumeurs de la cornée et de la sclérotique.

Il est également divisé en deux chapitres, le premier consacré aux néoplasmes de la cornée, le second à ceux de la sclérotique, et il se termine par un index bibliographique de toutes les tumeurs malignes épibulbaires publiées jusqu'à ce jour.

Pour les tumeurs de la cornée, nous admettons la classification suivante : tumeurs développées aux dépens des éléments du feuillet moyen, c'est-à-dire d'essence conjonctive ou endothéliale : les kystes, les myxomes, les fibromes, les sarcomes leucotiques ou pigmentés, qui sont successivement étudiés, avec de nombreuses figures à l'appui, et les tumeurs développées aux dépens du feuillet épithélial, c'est-à-dire les épithéliomas en général. Ce groupe comprend les plaques épithéliales et les carcinomes.

Les tumeurs de la sclérotique sont très rares ; ce sont des tumeurs bénignes : kystes, fibromes, enchondromes, ostéomes, et des tumeurs malignes (sarcomes) qui sont exceptionnelles.

Le *livre troisième*, un des plus importants de l'ouvrage, traite des tumeurs du tractus uvéal et comprend cinq chapitres : les kystes, les angiomes, les myomes, les sarcomes et les tumeurs métastatiques (sarcomes et carcinomes).

Les trois premiers ont moins d'importance, exception faite pour les kystes : kystes séreux, perlés, dermoïdes, kystes à entozoaires, dont nous relatons plusieurs observations personnelles avec des planches à l'appui. Nous en étudions en détail la pathogénie et relatons l'opinion des expérimentateurs qui se sont occupés de la question (Rothmund, Masse, Schmidt-Rimpler, etc.). Nous rapportons une observation personnelle très détaillée de myome du tractus uvéal, nié par beaucoup d'auteurs, en particulier par Mitvalsky, et qui paraît très concluante.

Le sarcome du tractus uvéal est divisé en deux grands groupes : mélano-sarcomes et leuco-sarcomes. L'anatomie pathologique de ces deux variétés est traitée avec d'abondants détails originaux et illustrée de beaucoup de figures personnelles ; viennent ensuite l'étiologie, la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement de cette première variété qui sont étudiés tout au long. Huit observations per-

sonnelles avec les réflexions générales qui s'en dégagent et des planches originales complètent la description.

A propos du leuco-sarcome, après avoir donné des tableaux résumés de tous les faits publiés : leuco-sarcome de l'iris, leuco-sarcome du corps ciliaire, leuco-sarcome de la choroïde, nous ajoutons 6 observations personnelles, ce qui porte à 82 le nombre des cas connus jusqu'à ce jour. Suivant notre méthode habituelle, c'est en nous servant de ces matériaux que nous décrivons successivement l'étiologie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement. L'énucléation ne suffit pas toujours, l'opérateur doit examiner la pièce séance tenante ; si la sclérotique semble distendue ou le nerf optique épaissi, il faut immédiatement recourir à l'évidement de l'orbite.

Les tumeurs malignes métastatiques du tractus uvéal terminent le chapitre troisième. Elles comprennent deux groupes : les sarcomes et les carcinomes. Le sarcome est très rare, à supposer qu'il existe. Aux 23 faits connus de carcinomes, nous ajoutons 2 observations personnelles avec des figures très démonstratives et étudions successivement l'anatomie pathologique, les symptômes et le diagnostic de l'affection. Une bibliographie complète de toutes les tumeurs malignes du tractus uvéal publiées jusqu'à ce jour est annexée à ce livre troisième.

Les tumeurs de la rétine font l'objet du *livre quatrième* et se divisent en deux grands groupes : les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes.

Les premières comprennent elles-mêmes deux variétés qui sont décrites successivement : ce sont les kystes et dégénérescences kystiques de la rétine et les kystes à entozoaires de la rétine et du corps vitré. A ce propos, nous résumons les faits publiés, en reproduisant les 5 observations si intéressantes de Berardinis avec les planches qu'il a données et nous terminons par l'étude clinique de l'affection.

Parmi les tumeurs malignes de la rétine, la plus importante est sans contredit le gliome.

Nous fondant sur l'histologie et sur l'embryologie, qui nous apprend que la rétine est formée à la fois d'éléments ectodermiques et d'éléments mésodermiques, ces derniers apportés par l'artère et la veine centrales de la rétine, nous proposons, au lieu du groupe générique et confus des gliomes rétiniens, la classification suivante, et en donnons les raisons :

1° Néoplasmes faits de tissu nerveux; neuro-gliome ganglionnaire;

2° Neuro-épithéliomes ;

3° Angio-sarcomes tubuleux ;

4° Sarcomes à petites cellules rondes.

Après une étude complète de l'anatomie pathologique de l'affection, les symptômes, le diagnostic et le traitement sont successivement décrits. Le pronostic est moins sombre qu'autrefois, comme le montrent les tableaux annexés à ce paragraphe. Il en ressort, comme l'a déjà dit Wintersteiner, que le gliome circonscrit à l'intérieur du globe, qui n'a pas encore distendu les membranes et qui n'a pas atteint le stade glaucomateux, est curable. Une survie d'un an paraît suffisante pour affirmer la guérison. Huit observations personnelles de gliomes, rapportées en détail et encadrées de planches originales, terminent ce chapitre.

A côté du gliome, c'est-à-dire des néoplasmes de la rétine proprement dite (feuillet distal), nous rangeons parmi les tumeurs malignes de cette membrane les néoplasmes de la *pars ciliaris retinæ* (feuillet distal); l'épithélioma cylindrique et le carcinome alvéolaire et les néoplasmes de l'épithèle pigmenté (feuillet proximal), l'épithélioma pigmenté. Nous les étudions successivement.

Comme le livre troisième, ce *livre quatrième* se termine par un index bibliographique de toutes les tumeurs malignes de la rétine publiées depuis 1657 jusqu'à ce jour.

Enfin le *livre cinquième* a trait aux pseudo-tumeurs de l'œil et se trouve ainsi divisé : pseudo-tumeurs dues à la tuberculose, pseudo-tumeurs dues à la syphilis, pseudo-gliome, ossification dans l'œil.

A propos de la tuberculose du tractus uvéal, qui est étudiée d'une manière complète avec la tuberculose de la conjonctive, nous basant sur nos expériences, nous admettons avec Leber et Fuchs que la tuberculose oculaire, comme les autres tuberculoses chirurgicales, est rarement primitive. De nombreuses observations personnelles, rehaussées de planches très démonstratives, ajoutent à l'intérêt de la description. L'une d'entre elles est un exemple de tuberculose primitive du tractus uvéal. Ce paragraphe se termine par l'étude du diagnostic différentiel des pseudo-tumeurs tuberculeuses et des néoplasmes oculaires.

Mentionnons, dans le paragraphe ayant trait au pseudo-gliome, une observation de chorio-rétinite exsudative, avec dégénérescence muqueuse, d'origine non microbienne, simulant un gliome.

Tous les matériaux du deuxième volume sont prêts pour l'impression.

Ce tome II, *de même importance que le tome Ier*, comprendra également cinq livres :

Tumeurs du nerf optique.

Tumeurs de l'orbite.

Tumeurs de l'appareil lacrymal.

Tumeurs des paupières.

Tumeurs du voisinage envahissant l'orbite.

Il contiendra aussi un grand nombre de figures originales macroscopiques et microscopiques, la plupart prêtes pour la gravure.

II

TRAVAUX DE CHIRURGIE

---

12. Contribution à l'étude des abcès osseux consécutifs à l'ostéomyélite des adolescents.

Thèse de doctorat. Paris, 1880.

Dans ce travail, nous étudions les deux sortes d'abcès que l'on peut rencontrer au cours de l'ostéomyélite, les abcès aigus et les abcès chroniques. La propriété commune de ces collections purulentes osseuses est de se localiser de préférence dans la région juxta-épiphysaire, dans cette région que M. le professeur Lannelongue désigne sous le nom de *bulbe osseux*. On peut cependant trouver des abcès osseux dans les autres parties des os longs (diaphyse, portions médullaires et sous-périostiques). Leur ouverture à l'extérieur se fait suivant un processus de trépanation spontanée, par ostéite raréfiante dans les cas de gros abcès, ou bien suivant le trajet d'un vaisseau, s'il s'agit de petits abcès. Nous apportons à l'appui de notre thèse 16 observations prises, à une époque où nous étions encore plein d'inexpérience, dans le service de M. le professeur Lannelongue et tirant toute leur valeur de cette origine.

13. De l'arthrite consécutive à la contusion, à l'entorse et à la luxation des articulations des doigts.

Revue de chirurgie, 1882.

Nous avons étudié les arthrites consécutives à la contusion, à l'entorse et à la luxation des articulations des doigts, en nous appuyant sur

9 observations personnelles qui sont très démonstratives, ainsi que *sur une série d'expériences tendant à expliquer le mécanisme intime de ces complications articulaires*. Voici les conclusions de notre travail :

1° Après la contusion, l'entorse et la luxation des articulations digitales, il se produit très fréquemment, que le sujet soit ou ne soit pas rhumatisant, une arthrite sèche d'une longue durée;

2° Cette arthrite, outre les symptômes ordinaires, s'accompagne d'un gonflement considérable des extrémités osseuses;

3° Ce gonflement est double dans la contusion; dans l'entorse et la luxation, il ne porte que sur l'une des extrémités osseuses;

4° Le gonflement unique tient aux désordres produits par la déchirure des ligaments au niveau de leurs insertions; dans les traumatismes qui portent sur les quatre derniers doigts, il y a toujours arrachement d'une parcelle osseuse à la face antérieure de l'os situé au-dessous de l'articulation lésée;

5° En ce qui concerne l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce, le gonflement dans l'entorse ou la luxation porte toujours sur la tête du métacarpien. Ce fait s'explique non par un arrachement osseux, mais par un décollement très étendu du périoste, particulièrement sur la face interne de l'extrémité articulaire;

6° L'immobilisation est le seul traitement utile. On devra la prolonger longtemps. D'ailleurs on n'a pas à redouter l'ankylose; c'est la terminaison par articulation flottante, de polichinelle, qu'on doit surtout craindre et éviter.

14. De la gastrostomie dans les rétrécissements cancéreux de l'œsophage.

Revue de chirurgie, 1885, et *Congrès français de chirurgie*, 1885.

Nous avons publié une observation de cancer de l'œsophage, traité par la gastrostomie. Le malade mourut treize jours après l'intervention. A l'autopsie, nous avons trouvé le pneumogastrique droit comprimé par un paquet de ganglions. Le poumon droit était adhérent à la paroi costale par un tissu friable et blanchâtre en contact avec une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule située sur la plèvre pariétale vers la partie médiane des 3e, 4e et 5e côtes. En rapprochant notre cas particulier des observations précédemment publiées, nous sommes arrivé à cette conclusion : En présence d'un cancer de l'œsophage, le chirurgien est

enfermé dans ce dilemne étroit : ou bien la maladie est peu avancée et l'opération est inutile, parce que le malade peut vivre sans gastrostomie; ou bien la maladie existe depuis longtemps et l'opération est inutile parce que le malade va mourir.

Depuis l'époque où nous avons écrit ce travail qui fut généralement bien accueilli par les chirurgiens, la question a marché et nos conclusions sont devenues probablement inexactes.

ANNEQUIT. — *Technique de la gastrostomie*, th., Bordeaux, 1886.

15. Contribution à l'étude du mal perforant plantaire.

Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux, 20 septembre 1885, p. 386
(en collaboration avec le professeur BOURSIER).

Nous divisons les causes de l'affection en trois catégories :

1° La compression, la gêne mécanique peuvent être la cause unique du mal perforant;

2° Les lésions nerveuses sans la moindre compression, sans durillon, sans choc mécanique peuvent être la cause unique de cette affection;

3° Les deux causes précédentes peuvent s'unir pour produire le mal perforant.

Ce travail est basé sur trois observations nouvelles remarquables par leur netteté et capables à elles seules de justifier cette classification étiologique.

FAURE. — *De l'étiologie du mal perforant*, th., Bordeaux, 1886.

16. De l'étiologie multiple du mal perforant plantaire.

Semaine médicale, n° 48, 1886, p. 485.

Dans ce travail, nous nous appliquons à montrer qu'il y a plusieurs espèces de mal perforant et que l'étiologie est multiple, ainsi que les formes cliniques.

Les maux perforants, en effet, semblables par leurs caractères principaux, présentent dans leur marche, dans leurs formes anatomiques mêmes, des différences très accusées.

Le mal perforant qui succède aux lésions des centres nerveux présente une irritation très modérée.

On n'y trouve point ces saillies épidermiques surmontant l'ulcère sur tout son pourtour. La lésion est étendue en surface et gagne lentement en profondeur en s'accompagnant d'une sécrétion de liquide toujours très abondante.

Le mal perforant de cause mécanique, au contraire, siège toujours sur un durillon plus ou moins volumineux, mais toujours très marqué; c'est le sommet du durillon qui commence à s'ulcérer, et à mesure qu'au niveau de l'ulcération ainsi formée le processus ulcératif continue de marcher, les bords de l'ulcère s'indurent encore davantage; on peut y voir une couche d'épiderme d'un centimètre d'épaisseur.

C'est là une différence assez importante au point de vue anatomique, entre le mal perforant d'origine nerveuse et celui qui résulte exclusivement d'une cause mécanique; il en est une autre dans la marche du mal. L'ulcère perforant de cause mécanique progresse très lentement; le malade supprime lui-même volontairement la cause aussi souvent qu'il le veut; il se repose, se met au lit, se soigne un mois ou plus, le mal s'atténue, puis la lésion continue sa marche progressive quand la cause reprend son action.

Lorsque, au contraire, la lésion nerveuse est la seule cause de l'affection, son effet se fait toujours sentir; l'évolution est beaucoup plus rapide, de plus la lésion est souvent multiple; on peut voir plusieurs ulcères siéger dans la sphère de distribution du nerf intéressé : c'est ce qui s'est passé dans notre cas de mal perforant consécutif à un hématorachis.

Ces différences n'ont pas suffisamment frappé l'attention des observateurs et il n'en est guère fait mention dans nos descriptions classiques, parce qu'il est rare de saisir des types parfaits de l'un et de l'autre groupe de mal perforant : c'est la lésion nerveuse multipliée par la compression ou réciproquement qui explique la grande majorité des cas de cette affection, mais il existe des ulcères tenant exclusivement à l'une ou l'autre de ces causes; c'est pour bien montrer la dissociation possible de ces facteurs étiologiques, pour diviser comme il convient en chapitres distincts, cette étude des causes du mal perforant que nous avons eu l'idée d'écrire cet article dont les conclusions suivantes, empruntées à la thèse de notre élève le docteur Faure, résument fidèlement l'esprit et la doctrine :

1° Le mal perforant n'est pas un; bien qu'en apparence l'aspect du

mal perforant, sa marche, son évolution, soient semblables, son étiologie est multiple.

2° Il importe de distinguer trois théories différentes ; ce sont les trois théories classiques : théorie mécanique, théorie nerveuse, théoric mixte.

3° Sans doute, chacune de ces théories est vraie, prise séparément; mais l'essentiel est de ne pas admettre que chacune d'elles est capable d'expliquer tous les cas.

4° Dans la production du mal perforant, la cause mécanique et la cause nerveuse peuvent se combiner; mais chacune prise à part est capable de produire cette affection.

5° Nous insistons tout particulièrement sur cette donnée, à savoir qu'il ne faut pas toujours considérer les lésions nerveuses, même étendues, constatées à l'autopsie, comme cause du mal perforant. Au lieu d'être la cause du mal perforant, ces lésions peuvent en être la conséquence : notre observation unique, mais d'une extrême netteté, prouve clairement que les lésions nerveuses peuvent être consécutives. Les travaux de Michaud et de quelques autres auteurs, le démontrent aussi.

6° Par conséquent, la pression exagérée sur la plante du pied peut être à la fois la cause de l'ulcération et la raison d'être de la névrite qui l'accompagne presque forcément, lorsque l'affection présente une durée suffisante.

17. Tumeur kystique du corps thyroïde. Thyroïdectomie.

Procédé d'évidement de Kocher. Guérison, *Société de chirurgie*, 3 juin 1885.

Il s'agit d'une volumineuse tumeur du corps thyroïde bien enkystée par une capsule fibreuse, après l'extirpation de laquelle nous fûmes en présence d'une large excavation limitée en bas par le tissu du médiastin. Les liquides venus des parties supérieures de la plaie devaient forcément, comme dans toutes les opérations de ce genre, remplir cette excavation. Ainsi que le font judicieusement remarquer beaucoup d'auteurs, il est impossible d'égoutter cette entonnoir rétro-sternal, circonstance très fâcheuse, car les liquides accumulés constituent un excellent milieu de culture, et de graves fusées purulentes peuvent être la conséquence de cette disposition naturelle.

Pour éviter ces accidents, la poche fibreuse du kyste fut utilisée pour conduire les liquides directement à l'extérieur et les empêcher ainsi de tomber dans le creux rétro-sternal. Dans ce but, le segment inférieur de l'enveloppe de la tumeur fut rabattu vers l'angle inférieur de l'incision verticale. Nous eûmes ainsi un voile tendu de la trachée jusqu'à la limite sternale de l'incision, une sorte de tablier fibreux trachéo-cutané, étalé au-dessus du médiastin et recevant par sa face supérieure tous les liquides de la plaie ainsi facilement conduits au dehors.

Deux figures explicatives accompagnaient la communication que nous fîmes sur ce sujet à la Société de chirurgie.

Catellan. — *Sur un point de la technique de la thyroïdectomie*. Thèse Bordeaux, février 1886.

18. De la blessure du diaphragme dans l'opération de l'empyème.

Mémoire présenté à la *Société de chirurgie*, 16 avril 1885,
et *Gaz. hebd. des sc. médicales de Bordeaux*, 3 octobre-13 octobre 1886.

Une observation que nous avons recueillie à l'hôpital Saint-André de Bordeaux nous a permis de remettre en relief la blessure du diaphragme consécutive à l'opération de l'empyème. L'opération avait été faite dans le 8e espace intercostal. Le malade mourut le lendemain. A l'autopsie, nous avons constaté les faits suivants.

L'incision de la peau a une longueur de 8 centimètres, l'incision interne a 6 centimètres, 3 en arrière et en haut intéressent la plèvre, 3 intéressent le diaphragme en avant et en bas. Ce muscle a contracté des adhérences qui vont de l'extrémité sternale de la 5e côte à l'extrémité vertébrale de la 10e. L'opération répétée à droite, du côté sain, dans le même espace intercostal et sur la même ligne axillaire, permet d'ouvrir la plèvre bien au-dessus du diaphragme qui présente de ce côté sa disposition anormale.

Le 8e espace intercostal gauche étant l'espace recommandé par la plupart des classiques, nous n'avions pas songé à cette complication. Nous n'avons retrouvé dans la littérature médicale que les cas de Ruysch et Billard, de Girgensohn, de Burnische, de F. Ghade, de Kirmisson, relatant des faits semblables d'empyème ayant entraîné la mort.

Nous terminons cette étude en précisant les précautions à prendre pour éviter un pareil accident dans l'opération de l'empyème.

19. Traitement du cancer du rectum.

Clinique chirurgicale recueillie par M. Médail, externe du service. *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 13 juillet 1884.

Cette clinique tend à démontrer que le chirurgien devra toujours songer à intervenir :

1° Il extirpera si le cancer est très peu étendu, se localise à la marge de l'anus, et s'il peut en dépasser très largement les limites ;

2° Il fera la rectotomie linéaire lorsque le cancer, encore franchissable, entraînera une gêne très marquée de la défécation; douleurs vives, ténesme, hémorrhagies, etc.

3° Il fera la colotomie lorsque le cancer est infranchissable, s'oppose à l'expulsion facile des matières fécales, et menace immédiatement l'existence.

On trouve dans cette clinique l'histoire d'un malade chez lequel nous avons pratiqué l'extirpation complète d'un cancer mélanique. La pièce a été présentée à la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux (13 mai 1884).

20. Nouveau mode de rectopexie pour le prolapsus du rectum.

Soc. d'anat. et de physiologie de Bordeaux, 1892, p. 25, avec 2 figures.

Après les précautions antiseptiques d'usage, le malade est chloroformé; une aiguille de Reverdin est introduite sur le doigt dans le rectum, traverse successivement muqueuse, tissus sous-muqueux, tunique musculaire et les diverses couches qu'elle rencontre jusqu'à l'extérieur, sort un peu au-dessous du coccyx à un centimètre à droite de la ligne médiane et ramène un catgut dont l'extrémité inférieure sort par l'anus.

Un deuxième catgut est passé dans les mêmes conditions à un centimètre et demi en dehors du premier et au-dessus, au choix du chirurgien. On noue ensemble l'extrémité inférieure des deux fils, les transformant, ainsi que le montre la première des deux figures, en une anse que l'on tire dans le rectum et qui l'embrasse sur une étendue d'un centimètre et demi.

Les deux extrémités libres de l'anse sont alors nouées en interposant

entre le nœud et la peau un rouleau de gaze iodoformée. Pareille manœuvre est répétée à gauche et des catguts sont passés en des points symétriques. Les diverses couches sont ainsi fortement fixées entre elles.

Dans le cas où nous avons utilisé ce procédé les résultats furent excellents ; tout fut laissé en place, pas de réaction fébrile ; les fils tombèrent d'eux-mêmes 5 jours après l'opération, et le prolapsus ne se reproduisit plus désormais, malgré des selles encore fréquentes.

La présentation du malade a été faite à la *Société anatomique* par notre interne M. Donnadieu.

21. Farcin chronique ; amputation du bras.

Progrès médical, Paris, 1882.

Cette observation est intéressante à bien des points de vue :

1° Par la formation d'ulcérations primitives, c'est-à-dire non consécutives à des abcès, ce qui n'aurait jamais lieu d'après les auteurs ;

2° Par la guérison rapide des abcès venus sourdement, chroniques d'emblée, et par la persistance des abcès subaigus dus à l'angioleucite. Le contraire aurait lieu d'après les classiques ;

3° Par la non-inoculation des plaies accidentelles produites par l'éther nitreux, lesquelles se sont cicatrisées très vite malgré le contact certain du pus farcineux ;

4° Par la persistance d'un bon état général pendant deux années, alors que, d'habitude, des symptômes généraux se produisent dans les 3 premiers mois ;

5° Dans le pus on a trouvé des bactéridies qui ont été ensuite cultivées.

22. Note sur un cas d'ulcère farcineux chronique chez l'homme.

Journal de l'anatomie et de la physiologie, Paris, 1883.

Cette note contient l'examen histologique du cas dont l'observation clinique est relatée dans le numéro précédent.

Voici les conclusions que nous avons cru utile de dégager de notre étude, basée sur une longue observation clinique suivie d'examens anatomiques et bactériologiques complets (voir *Progrès médical*, 1882.

1° Il peut exister un nombre considérable de tubercules dans l'ulcère

farcineux chronique de l'homme. Ces tubercules se développent surtout aux dépens des vaisseaux sanguins ;

2° Dans notre cas, quelques-unes des ulcérations se sont formées primitivement sans abcès antérieurs, ce qui n'aurait jamais lieu d'après les classiques ;

3° Enfin, outre la présence du tubercule, les lésions anatomiques sont remarquables par l'épaisseur des cloisons intermusculaires, la dégénérescence graisseuse et vitreuse des fibres striées, l'inflammation chronique des parois vasculaires.

23. Carcinome kystique du testicule d'origine épithéliale.

(Avec 3 figures originales). *Soc. d'anat. de Bordeaux*, 5 février 1884.

Dans ce travail nous démontrons, à une époque où la question était encore très controversée, que le carcinome du testicule se développe tout d'abord par la prolifération de l'épithélium séminifère.

En ce qui concerne les phénomènes seconds de la néoplasie, tels que la formation des kystes, des perles, des globes épidermiques, nous sommes arrivés à des conclusions différentes de celles généralement admises.

C'est dans ce tube que se passe la majeure partie du processus ; c'est aux dépens de son épithélium que se forment toutes les productions morbides ; le tissu conjonctif ne joue qu'un rôle contingent et accessoire ; il n'est envahi qu'au moment où les tubes distendus éclatent sous la pression des éléments trop nombreux qu'ils contiennent.

Le cas que nous avons étudié dans ce travail concerne une tumeur essentiellement constituée par une lésion siégeant dans les tubes du testicule. Ces tubes sont dilatés, remplis d'épithélium, détruits même en beaucoup d'endroits ; il y a des alvéoles, il s'agit enfin d'un carcinome testiculaire ; d'autres tubes ont subi la dégénérescence mucoïde ; des kystes, des perles se sont formés aux dépens de la lésion initiale.

Le néoplasme s'est développé soit dans les tubes du *rete testis*, soit dans les tubes séminifères. Ce dernier point est très difficile à éclaircir. Cette observation est intéressante par le jour qu'elle jette sur les formations kystiques et sur l'évolution variable de l'épithélium morbide ; nous avons réuni un certain nombre de faits analogues. Tous conduisent à conclure dans le même sens que celui qui précède.

Ausset. — *Anatomie pathologique du carcinome du testicule*, th., Bordeaux, 1889.

24. **Cancer du testicule, présentant à son centre un vaste foyer hémorrhagique.** *Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux*, séance du 1er avril 1884.

Nous présentons les pièces d'un malade ayant succombé à une tumeur maligne du testicule, appartenant à la variété encéphaloïde.

25. **Tumeur du testicule à la suite d'un traumatisme.** *Soc. d'an. et de phys. de Bordeaux*, séance du 5 février 1884.

Nous présentons une tumeur du testicule survenue rapidement à la suite d'un traumatisme, chez un soldat de 22 ans. Cette tumeur qui, au point de vue clinique, a évolué d'une façon maligne, nécessita au bout de peu de jours son extirpation. Au point de vue anatomo-pathologique, le néoplasme se trouve être à la fois le résultat d'un épithélioma kystique et d'un épithélioma malin développé dans le corps d'Highmore.

26. **Carcinome du testicule à marche très rapide. Ablation.** *Bullet. de la soc. anatomique*, Paris, 1881, et *Progrès médical*, Paris, 1882.

Au point de vue pathologique, cette observation est remarquable par l'action bien manifeste de la contusion, par la rapidité du développement, par la localisation au corps d'Highmore. Au point de vue histologique, c'est un exemple bien manifeste de cancer d'origine épithéliale.

27. **Chondro-sarcome du testicule. Tumeur très volumineuse dans les ganglions mésentériques. Mort.** *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1881, et *Progrès médical*. Paris, 1881.

Cette observation tend à démontrer qu'une tumeur du testicule (chondrome) souvent lente au point de vue de son évolution est susceptible de devenir infectante, soit à l'occasion de la puberté ou de fatigues excessives, soit par l'adjonction tardive d'éléments sarcomateux au tissu néoplasique préexistant.

28. **Des tumeurs qui se développent sur les organes fibreux.**
Gaz. hebdom. des sc. méd. de Bordeaux, 1885, et *Progrès médical*, Paris, 1885.

En présence de deux faits cliniques de tumeurs de la conjonctive ayant quelque peu lésé la sclérotique et la cornée, nous nous sommes demandé si ces deux membranes ne sont pas susceptibles, à un degré quelconque, de dégénérescence néoplasique. Nous avons étudié les différents faits concernant cette question et nous sommes d'avis, contrairement aux affirmations de Bimsemstein, que la sclérotique et la cornée

servent aux néoplasmes de point d'appui et non de point d'origine. Les ligaments et les tendons dont la structure est identique à celle de la sclérotique et de la cornée, se comportent à l'égard des néoplasmes de la même façon. Par contre, les aponévroses, qui sont aussi des organes fibreux, sont, d'après tous les auteurs, très fréquemment le siège de tumeurs sarcomateuses embryonnaires ou fibro-plastiques. L'étude d'un fait personnel bien démonstratif ne nous permet pas d'accepter cette dernière affirmation ; nous pensons simplement que les néoplasmes sont fréquents au niveau et à côté des aponévroses parce qu'on y trouve toujours une couche relativement épaisse de tissu conjonctif très propre à leur développement. En somme, la conclusion de notre travail a été que les organes fibreux en général : aponévroses, tendons, ligaments sclérotiques, etc., sont un terrain éminemment défavorable au développement des néoplasmes.

MENGARDUQUE. — *Des sarcomes aponévrotiques*, th. Bordeaux, 1885.

29. Sarcome de l'auriculaire droit.

Bull. de la Soc. anat. Paris, 1882, et *Prog. médical*, Paris, 1883.

Il s'agit d'un homme de 52 ans, qui vit survenir, consécutivement à un traumatisme, une petite tumeur sur la face palmaire de l'extrémité de l'auriculaire droit. Cette tumeur, extirpée par M. Kirmisson, et soumise à notre examen histologique, avait tous les caractères d'un sarcome embryonnaire intéressant un tendon. Nous pensons que ce sarcome s'est développé primitivement dans l'épaisseur du tendon : entre les traînées tendineuses, on trouve en effet de petits îlots embryonnaires qui établissent bien la transition entre eux et les grosses masses sarcomateuses qui constituent la majeure partie du néoplasme ; ces îlots représentent peut-être dans sa plus simple expression le processus formateur de la tumeur en question.

30. Du sarcome carcinomateux des os.

Journal de médecine de Bordeaux, 21 juin 1885.

Nous avons présenté un malade atteint de sarcome carcinomateux du premier métacarpien, auquel nous avons pratiqué l'amputation de l'avant-

bras, et l'ablation des ganglions de l'aisselle. Notre malade a parfaitement guéri. Cette observation nous a permis de faire une étude du *sarcome carcinomateux* des os, en nous basant sur l'examen microscopique que nous avons pratiqué au laboratoire du Collège de France et qui a été vérifié par M. Malassez. Nous avons pu voir, au milieu des cloisons fibreuses, des nids de cellules jeunes en voie de prolifération rapide, ayant dans les mailles du tissu une origine conjonctive. Il s'agit d'un sarcome présentant cette particularité de renfermer du tissu conjonctif fibreux au plus haut degré de développement et du tissu conjonctif embryonnaire, c'est-à-dire d'un sarcome endothélial considéré à tort par beaucoup d'auteurs comme un carcinome.

31 **Sarcome globo-cellulaire périostique pulsatile de l'extrémité inférieure de l'humérus.**

Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux, 20 juillet 1884.

Dans une leçon clinique, nous avons exposé les éléments de diagnostic des tumeurs pulsatiles des os que nous avons divisées en :

1° Tumeurs pulsatiles d'emblée ;

2° Tumeurs pulsatiles primitivement charnues.

Après avoir classé notre tumeur dans la 2e catégorie, nous avons recherché quelles étaient les tumeurs des os capables de devenir pulsatiles, et nous sommes arrivé par élimination au diagnostic de sarcome globo-cellulaire devenu pulsatile.

Au point de vue thérapeutique, nous avons ainsi formulé notre opinion :

1° En présence d'un ostéo-sarcome à myéloplaxes, il suffit d'amputer le membre atteint ;

2° En présence d'un sarcome globo-cellulaire périostique pulsatile, il faut toujours désarticuler ou amputer au-dessus de l'articulation voisine.

32. **Sarcome à cellules géantes de l'extrémité supérieure du péroné. Amputation de la cuisse.** *Bull. Soc. anat. de Paris*, 1881, et *Progrès médical*, Paris, 1881.

Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est l'apparition de la tumeur à myéloplaxes à la suite d'un traumatisme certain ; c'est aussi son évolution lente, puis subitement rapide avec *forte élévation de la température locale*. Ce sarcome, très nettement limité, présentait une évolution clinique relativement bénigne.

33. **Sarcome primitif des ganglions latéraux gauches du pharynx.** *Bullet. Soc. anat.*, Paris, 1881, et *Progrès médical*, Paris, 1882.

Cette tumeur à allures très malignes s'était compliquée d'une généralisation pulmonaire assez étendue. Histologiquement la tumeur était composée de petites cellules rondes mélangées de quelques éléments fusiformes. Nous pensons que cette généralisation *est due à la chute d'éléments sarcomateux dans les voies aériennes.* Cette théorie, qui paraissait difficile à soutenir à cette époque, est devenue maintenant très acceptable. On a cité, depuis, nombre de faits de ce genre.

34. **Nouvelle variété de kyste de la grande lèvre.**
Soc. de méd. et de chirurgie de Bordeaux, 28 mai 1886.

Nous rapportons une observation de kyste de la grande lèvre dans lequel l'étude histologique nous a montré la présence de cils vibratiles existant en même temps qu'un épithélium pavimenteux stratifié.

Nous avons cherché à expliquer comment ces deux sortes d'épithéliums peuvent exister et proposé l'explication suivante :

C'est à l'aide du canal de Müller qu'il est surtout possible de comprendre la présence de cette variété d'épithélium. On sait, en effet, que les trompes, le corps de l'utérus, portent des épithéliums à cils vibratiles existant évidemment en puissance dès le début de la vie intra-utérine dans les canaux aux dépens desquels se développe le conduit utéro-vaginal. Sans doute, ni Kolliker, ni aucun autre embryologiste, n'ont signalé la présence des cils vibratiles au voisinage de la vulve ; mais, puisque ces appendices existent plus haut, n'est-il pas raisonnable d'admettre qu'ils peuvent exister au niveau même de l'orifice inférieur du canal génital ?

Ainsi, nous concluons que ce kyste s'est développé à l'angle du sinus uro-génital et de la paroi cutanée, qu'il a été formé aux dépens d'un bourgeon épithélial invaginé dans le feuillet moyen et que ce bourgeon épithélial, en prenant ses éléments pavimenteux au feuillet externe, a entraîné avec lui des épithéliums à cils vibratiles appartenant au canal de Müller.

C'est là, du moins, l'explication la plus satisfaisante qu'on puisse donner dans l'état actuel de l'embryologie.

Le bourgeon épithélial qui a formé ce kyste a dû s'invaginer dans le

feuillet moyen à l'époque où les glandes et les papilles du feuillet cutané ne sont pas développées. On a pu remarquer, en effet, que la structure de la poche est loin d'être aussi compliquée que celle des kystes dermoïdes types; il n'y a ni poils ni glandes sébacées. L'évolution morbide a eu lieu dans les premières semaines de la vie intra-utérine.

35. **Résection orthopédique du coude.**

Congrès français de chirurgie, 1886.

Nous sommes d'avis que pour bien juger les résultats d'une résection orthopédique, il ne suffira pas que la guérison paraisse durable et définitive; il faut encore que la régénération osseuse ait eu le temps de s'affirmer et de se parfaire et, d'autre part, qu'un traitement approprié ait pu donner aux muscles toujours atrophiés, la puissance qui leur manque pour faire jouer la nouvelle articulation. L'observation de résection orthopédique du coude que nous avons présentée au Congrès de chirurgie dans la séance du 22 octobre 1886 vient entièrement à l'appui de ces assertions. Elle contient, en effet, trois faits principaux qui méritent d'être retenus :

1° La substitution des mouvements du membre à une ankylose;

2° La néoformation de l'olécrâne après la résection sous-périostée chez un homme déjà âgé, dont le périoste était naturellement peu disposé à faire un os nouveau ;

3° Et surtout l'augmentation énorme de la valeur de l'articulation nouvelle sous l'influence du développement des muscles.

36. **Arthrodèse pour la réduction d'une luxation pathologique de la hanche.**

Société de chirurgie, 19 février 1900. Rapport fait par M. Kirmisson.

Il s'agit dans ce fait d'une luxation consécutive à une arthrite infectieuse survenue dans la première enfance. L'ankylose ne put être obtenue, mais le malade bénéficia beaucoup de l'intervention chirurgicale.

37. **Varices hypogastriques** (avec une planche).

Progrès médical, Paris, 1881.

Les varices abdominales sont très rares chez l'homme; cette rareté fait l'intérêt d'un cas concernant un homme de 18 ans qui vit survenir,

dans la convalescence d'une dothiénentérie compliquée de *phlegmatia alba dolens*, des varices localisées aux veines sous-cutanées de la région hypogastrique. Nous pensons qu'elles sont surtout d'ordre mécanique et qu'elles constituent une voie collatérale créée par la circulation de retour. Ce fait curieux est à rapprocher de deux faits analogues, l'un de M. A. Séverin, l'autre de Boyer.

38. **Note sur un cas d'odontome embryoplastique développé aux dépens d'une dent surnuméraire.**

Gazette hebdom. de médecine et de chirurgie, Paris, 1885.

On se trouvait en présence d'une tumeur à parois osseuses et à contenu fibreux, développé chez une femme de 29 ans qui avait des lésions de carie dentaire ancienne. Cette carie étant la cause fréquente de kystes liquides (Magitot), nous nous sommes demandé si l'irritation chronique du même tissu osseux ne pouvait pas donner naissance à des éléments de tissu conjonctif, manière de voir défendue par Heath dont le professeur Guyon paraît accepter la théorie.

En ce qui concerne le côté clinique et anatomo-pathologique, la description classique des odontomes embryoplastiques s'applique à merveille au cas présent, et bien que l'âge seul soit en contradiction avec l'ensemble du tableau, nous croyons qu'il ne faut pas distraire cette tumeur de la catégorie des odontomes et qu'il convient de l'expliquer par l'évolution tardive et vicieuse d'une dent surnuméraire. La présence d'une dent surnuméraire n'a, dans le cas particulier, rien que de très raisonnable ; on en a vu pousser chez des adultes, même chez des vieillards.

Ainsi compris, ce fait devient très intéressant à cause de sa rareté.

39. **Tumeur enkystée de la bourse séreuse de Fleischmann.**

Soc. d'anat. et de physiologie de Bordeaux, séance du 8 mars 1884.

Nous publions l'observation d'un homme de 47 ans qui, depuis l'âge de 33 ans, vit se développer une petite tumeur derrière le frein de la langue. En moins d'un mois, la tuméfaction devint grosse comme une petite noix ; elle resta quelque temps stationnaire, indolente et mollasse. Une ponction, puis une ouverture en séton n'amenèrent aucune amélioration. Nous avons extirpé cette tumeur et nous avons examiné

son contenu qui était composé en grande partie de matière grasse. La situation exactement médiane, la direction antéro-postérieure de cette tumeur qui s'enfonçait comme un coin entre les deux génio-glosses, l'aspect lisse de sa surface interne sont autant de raisons qui nous portent à croire qu'il s'agit d'un kyste de la bourse séreuse de Fleischmann.

40. **Kyste du corps thyroïde.** *Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, séance du 22 avril 1884.

Étude histologique d'un kyste du corps thyroïde enlevé par M. le Pr Demons.

41. **Kyste de la fesse.** *Soc. d'anat. et de physiologie de Bordeaux*, 25 mai 1886.

Présentation d'une pièce histologique provenant d'une tumeur kystique développée sous le muscle grand fessier.

La poche kystique sectionnée a laissé écouler une grande quantité de sang avec des caillots sanguins. Les parois sont remarquables par leur épaisseur. On se trouve en présence d'un hygroma développé dans la bourse séreuse située sur l'ischion.

42. **Carcinome de la peau et de la région sous-cutanée pré-mammaire.** *Soc. d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, 25 mai 1889.

Présentation de préparations histologiques d'une tumeur survenue chez une femme de 40 ans traitée par le Pr Demons. Il s'agit d'une tumeur prémammaire avec des ganglions du côté de l'aisselle. C'est un cas de carcinome du tissu cellulaire sous-cutané ayant son origine dans l'épithélium de la peau.

43. **Hernie congénitale étranglée, cure radicale.** *Soc. d'anatomie et de physiol. de Bordeaux*, séance du 24 avril 1889.

Il s'agissait de l'étranglement d'une hernie congénitale, aussi la cure radicale s'imposait-elle comme méthode de choix. Cette opération présenta des particularités intéressantes. Le sac étant libre, contrairement à ce que disent les auteurs, on a pu détacher ce sac très loin dans le canal inguinal. Au lieu de faire la suture par le procédé classique, nous employons la méthode que nous avons vu mettre en pratique par Socin de Bâle, qui consiste à pratiquer la suture à étage, ce qui nous a donné un très bon résultat.

44. **Kyste hydatique du foie traité et guéri par les ponctions et l'incision de la poche après la formation d'adhérences.** *Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, séance du 11 janvier 1889.

Une observation qui démontre la valeur thérapeutique de la ponction simple dans le traitement des kystes hydatiques du foie. La malade qui fait l'objet de cette observation a été revue par nous deux ans après l'opération que nous avions pratiquée; elle était complètement guérie.

45. **Arrachement du tendon du fléchisseur profond de l'Index.** Clinique chirurgicale, hôpital Saint-André. *Province médicale*, 11 juillet 1877.

Il s'agit dans ce cas d'un arrachement consécutif à un violent effort fait par le malade; tout le tendon du fléchisseur profond avait suivi la phalangette. La rupture avait eu lieu selon les lois générales d'arrachement des tendons posés par Delpech d'abord et plus tard par Malgaigne. Le muscle fut subitement mis en contraction quand le tendon tira sur lui; d'un côté s'exerçait la traction du muscle et de l'autre la violence extérieure par l'intermédiaire du tendon; c'est pourquoi la rupture se fit au point où les deux forces se séparaient naturellement, au niveau de la rupture tendino-musculaire.

Une figure montre le tendon arraché, long de 32 centimètres.

46. **Anomalie du pied. Soudure des os du tarse et du métatarse.** *Bullet. Soc. anat.* Paris, 1881, et *Progrès médical*, Paris, 1882.

Cette soudure paraît être d'origine *congénitale*. Il n'existe aucun vestige d'articulations, pas plus que des déformations ou des saillies osseuses anormales, analogues à celles que l'on voit survenir comme conséquences de processus d'ostéite condensante ou raréfiante. Dans tous les points, la structure osseuse est uniforme.

47. **Anomalie de l'artère humérale.** *Bullet. Société anat.*, 1882, et *Progrès médical*, 1883.

C'est un cas de bifurcation anticipée de l'artère humérale, au sujet de laquelle deux faits relativement curieux doivent être relevés : le premier, c'est la situation sus-aponévrotique de l'artère humérale superficielle; d'habitude les deux humérales sont sous-aponévrotiques et se côtoient l'une l'autre. Le deuxième fait consiste dans le volume considérable de l'artère profonde qui d'habitude est d'un petit volume; on comprend dans le cas particulier toute l'importance de la connaissance de cette dernière anomalie, si on avait eu une ligature à pratiquer.

48. **Anomalie dans le squelette de l'épaule droite. Ossification indépendante de l'acromion.**

Bull. Soc. anat. de Paris, 1882, et *Progrès médical*, 1883.

Cette anomalie peut être expliquée par l'anatomie comparée et par l'embryologie. — D'une part, on trouve chez certains animaux un os supplémentaire placé entre la clavicule et l'omoplate. D'autre part, le développement de l'épine de l'omoplate se fait par deux points d'ossification indépendante, l'un pour la base, l'autre pour le sommet; le manque de soudure des deux points peut expliquer l'anomalie que nous signalons.

49. La pathologie des Européens à Hué.

Archives de médecine et de pharmacie militaire, Paris, 1888.

Ce travail est une étude de climatologie et d'épidémiologie élémentaires. Pour le mener à bonne fin, nous avons mis en œuvre trois sortes de documents :

1° Des observations météorologiques;

2° Des tableaux statistiques concernant les maladies les plus communes;

3° Des faits pathologiques dignes de remarque soit au point de vue clinique, soit au point de vue de l'anatomie pathologique et de la pathogénie.

Cette troisième catégorie de documents n'est pas très riche, car la pathologie de nos soldats est surtout caractérisée par son uniformité. Quoi qu'il en soit, ces faits ont un certain intérêt; nous les avons observés dans la garnison de Hué, soit dans les infirmeries, soit à l'hôpital militaire.

Cette étude comprend un grand nombre de courbes thermométriques, barométriques, pluviométriques résultant des observations journalières faites depuis longtemps à la légation de Hué, ainsi qu'une étude complète de l'étiologie de la dysenterie et des abcès du foie en Annam.

Ce travail a été récompensé sur le prix Monbinne par l'Académie de médecine (1890).

III

TRAVAUX D'OPHTALMOLOGIE

Les travaux que nous avons consacrés à l'ophtalmologie, en dehors des monographies et ouvrages didactiques dont on a lu l'analyse plus haut, comprennent de nombreux mémoires dont nous avons scindé l'exposition en plusieurs paragraphes relatifs aux diverses parties du globe oculaire et de ses annexes : *conjonctive*, *cornée*, *cristallin*, *rétine*, etc. Chacun des paragraphes est précédé d'un résumé succinct dans lequel nous avons tenté de mettre en lumière l'idée directrice des divers travaux dont suit l'analyse.

Il n'est peut-être pas de branche de la chirurgie dans laquelle l'instrumentation joue un rôle aussi important qu'en ophtalmologie au point de vue de l'examen du malade, comme au point de vue de la thérapeutique. C'est pourquoi nous avons jugé utile d'insérer quelques-uns des clichés d'appareils que nous avons imaginés pour le diagnostic ou le traitement des affections oculaires.

Il nous aurait été facile d'ajouter à ces figures un grand nombre de dessins représentant les faits intéressants que nous avons mis en évidence dans nos travaux de laboratoire; mais nous avons pensé qu'une pareille illustration nous entraînerait trop loin, car la plupart des mémoires que nous avons publiés contiennent des figures originales. On trouvera dans notre volume des *Tumeurs de l'œil* celles qui concernent le globe oculaire, les autres étant destinées à notre *Traité des Tumeurs de l'orbite*.

1° CONJONCTIVE

Aperçu général. — Au sujet des affections de la conjonctive, nos travaux ont porté : 1° sur le traitement de l'ophtalmie granuleuse, pour laquelle nous avons recommandé et démontré l'efficacité du brossage, surtout lorsqu'il est pratiqué à l'aide de notre instrument, la herse-curette, et 2° sur le traitement de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés pour laquelle nous avons imaginé un laveur oculaire spécial (V. *Désinfection du sac conjonctival*, p. 120).

Nous avons décrit un cas de conjonctivite tuberculeuse primitive et un autre fait également rare de léprome de la conjonctive bulbaire, mais nos efforts ont surtout porté sur les néoplasmes proprement dits : kystes, lipomes, dermo-lipomes, sarcomes et épithéliomes.

L'étude des lipomes nous a conduit à établir qu'il existait de vrais lipomes conjonctivaux à côté des dermo-lipomes beaucoup plus fréquents, et celle des tumeurs malignes nous a permis de démontrer, par des faits incontestables, cette donnée, que nous croyons avoir introduit dans la science, à savoir que les tumeurs malignes peuvent, exceptionnellement, pénétrer dans l'œil de dehors en dedans.

Enfin nous avons fait connaître l'un des faits les plus curieux qui existent de papillome de la conjonctive (V. *Traité des Tumeurs de l'œil*, p. 7).

50. Note sur l'emploi d'une curette de Volkmann modifiée dans le traitement chirurgical de l'ophtalmie granuleuse.

Recueil d'ophtalmologie, 1892, p. 47.

Dans ce travail, nous démontrons que les scarifications de la conjonctive avant le brossage sont souvent insuffisantes ; entre les incisions, la muqueuse n'est pas entamée ; au niveau des culs-de-sac, elle reste intacte.

Le raclage à la curette est supérieur au brossage ; le moindre corps papillaire surélevé est ainsi décapité et, à plus forte raison, les véritables granulations ; mais cela encore ne paraît pas suffire ; il faut agir même sur la muqueuse lisse et la modifier sans la détruire, sans l'enlever, car la muqueuse ne se reforme pas, et son remplacement par un tissu cicatriciel doit être évité soigneusement.

L'instrument que nous avons imaginé repose sur ce principe, que le sac conjonctival doit être partout gratté, aussi bien sur la conjonctive



Fig. 1.

bulbaire que sur la conjonctive palpébrale. Dans les parties mêmes de la conjonctive en apparence saines, le dos de l'instrument est promené à plusieurs reprises, jusqu'au moment où le derme muqueux est bien mis à nu, bien ouvert. La convexité de cet instrument court aisément dans les profondeurs des angles externes et internes, dans le fond du cul-de-sac ; en très peu de temps, la cavité conjonctivale complètement cruentée est prête pour le brossage.

En somme, notre instrument est une curette de Volkmann sur le dos de laquelle nous avons ajouté une herse.

Lagrange. — Herse-curette pour le traitement de l'ophtalmie granuleuse. *Journal de méd. de Bordeaux*, 1893, n° 37.

51. Traitement chirurgical de l'ophtalmie granuleuse.

Annales de la policlinique de Bordeaux, octobre 1892.

Dans cet article, nous avons essayé d'envisager l'état actuel de la question du traitement chirurgical du trachome.

A la technique conseillée par Abadie nous pensons qu'il faudrait ajouter l'excision du cul-de-sac, préconisée par Galezowski. Cette excision doit être faite dans le cas où le cul-de-sac est le siège de volumineuses et nombreuses granulations. Elle n'a absolument aucun incon-

vénient, à condition que le cartilage tarse soit respecté et il est toujours facile de le faire. La pratique des scarifications telles qu'on les fait communément est mauvaise; un scarificateur incise les granulations, mais, entre les lignes d'incision, il en reste toujours d'intactes capables de propager l'infection. De plus, si habilement qu'il soit manié, le scarificateur pénètre à des profondeurs inégales; tantôt il dépasse la muqueuse, tantôt il l'intéresse insuffisamment.

Au scarificateur nous avons substitué l'instrument nouveau qui est décrit dans l'article précédent.

Le second point de ce travail a trait aux granuleux qui ne supportent pas le traitement chirurgical. Ce sont les granuleux aigus avec suppuration, blépharospasme et photophobie très accentués. Le véritable traitement dans ces cas est le nitrate d'argent; ce médicament ne les guérit pas complètement, mais il les prépare au traitement chirurgical.

LAGRANGE. — Note sur le traitement chirurgical de l'ophtalmie granuleuse. *Annales de la policlinique de Bordeaux*, 1893, n° 15, p. 1.

52. Des résultats éloignés du brossage dans le traitement de l'ophtalmie granuleuse.

Bulletin médical, 1900, n° 12, p. 129,

En nous basant sur notre statistique personnelle, nous avons montré les excellents résultats fournis par le brossage dans le traitement de l'ophtalmie granuleuse. Nous avons recherché tous les malades que nous avons brossés de 1891 à 1897. Notre statistique a porté sur 112 cas, et nous avons obtenu les résultats suivants : 19 cas de récidives sur lesquels 3 cas ont été guéris par une nouvelle intervention, 5 améliorations sensibles, 92 guérisons complètes. Le pourcentage en chiffres ronds donne :

78 °/₀ guérisons;
4,50 °/₀ améliorations;
17,50 °/₀ insuccès complets;

Ces chiffres nous permettent de recommander, entre toutes, une opération qui dans une pareille maladie donne, après une seule intervention, trois guérisons sur quatre. On remarquera que ces chiffres tirent une valeur spéciale de ce qu'ils concernent des malades dont la guérison remonte au moins à deux ans.

53. Injections sous-conjonctivales de sublimé dans un cas d'irido-choroïdite syphilitique rebelle.

Soc. de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 4 décembre 1891.

Il s'agit d'un malade qui offre un grand intérêt à cause du traitement qu'il a subi et du résultat obtenu. Il présentait une irido-choroïdite double, consécutive à une infection syphilitique. Le traitement régulier intense ne donna aucun résultat et lors de notre premier examen l'acuité visuelle du malade égalait 1/4.

Nous préconisons des frictions mercurielles qui vont jusqu'à occasionner de la gingivite, mais ne donnent aucune amélioration; l'acuité visuelle tombe même à 1/7.

Nous pratiquons alors des injections sous-conjonctivales de sublimé, et bientôt après l'acuité remonte à 1/3. L'amélioration s'accentue encore et certainement elle paraît due à ce traitement puisque tous les autres avaient été essayés sans résultat.

54. Des injections sous-conjonctivales de sublimé à 1/1000e.

Soc. de méd. et de chirurgie de Bordeaux, 13 mai 1892.

Nous avons pratiqué à deux malades des injections sous-conjonctivales de sublimé à 1/1 000e qui nous ont donné, dans chaque cas, un résultat différent.

Dans le premier, il s'agissait d'une iritis spécifique et la vision, qui s'était abaissée au-dessous d'un dixième, s'est relevée à un tiers après le traitement.

Dans le second cas, qui concernait un jeune homme de 14 ans atteint de choroïdite maculaire, le résultat fut négatif et la cécité complète survint malgré le traitement.

55. Des injections sous-conjonctivales de sublimé à 1/1000e.

Archives cliniques de Bordeaux, n° 12, décembre 1893.

Étude générale sur la valeur et le mode d'action de ces injections; par un calcul très simple, nous montrons qu'en injectant sous la conjonctive d'un œil, 5 gouttes de sublimé à 1/1000e, l'on introduit dans cet œil et autour de lui un quart de milligramme du médicament; en

injectant sous la peau 50 centigrammes de sublimé, dose massive qu'on ne peut injecter sans danger en moins de 10 jours, l'on ne fait entrer dans l'œil et dans l'orbite qu'un tiers de milligramme de sublimé.

Nous rapportons de nouvelles observations favorables à cette méthode thérapeutique qui est restée depuis dans notre pratique courante. Le cyanure de mercure peut se substituer avantageusement au sublimé.

56. **Ophtalmie purulente.**

Soc. de méd. de Bordeaux, 20 janvier 1895.

Ayant observé à la Crèche de l'hôpital des Enfants un certain nombre de cas d'ophtalmie purulente, dont quelques-uns très graves, nous avons étudié l'action comparative du protargol et du nitrate d'argent et conclu, dans les cas graves, à la supériorité de ce dernier médicament, ainsi qu'à l'utilité, dans les cas de streptococcie, du sérum de Marmorek.

57. **Traitement de l'Ophtalmie purulente.**

Société d'ophtalmologie de Paris, 4 décembre 1894.

Cette communication a pour but de faire connaître la pratique que nous mettons en œuvre à l'hôpital des Enfants pour le traitement de l'ophtalmie purulente, très fréquente dans ce service.

Nous recommandons et utilisons notre instrument laveur dans les cas suivants :

1° Pour nettoyer les culs-de-sac conjonctivaux avant les opérations sur le globe oculaire (cataracte, iridectomie); avant chaque opération, nous faisons passer dans le sac conjonctival un demi-litre au moins de sublimé à 1/4000e. On obtient ainsi (les cils et la région opératoire étant d'ailleurs bien nettoyés) une asepsie sinon complète du moins très supérieure à celle qu'on obtient sans le laveur;

2° Pour le traitement de l'ophtalmie purulente, en ayant soin d'ajouter aux grands lavages l'usage du nitrate d'argent quand la cornée est intacte, et l'huile de vaseline iodoformée quand elle est malade.

Chartres. — *Étude bactériologique et clinique de l'ophtalmie purulente.* Thèse de Bordeaux, 1895. Dans cette thèse, il est établi que le gonocoque est beaucoup moins à craindre que le streptocoque, et que les associations microbiennes constituent les ophtalmies les plus redoutables.

58. Ophtalmie diphtéritique et sérothérapie.

Soc. de méd. de Bordeaux, 15 janvier 1898.

Communication concernant 2 cas d'ophtalmie diphtéritique traités avec succès par la sérothérapie, d'où l'on peut tirer les conclusions suivantes : 1° L'intervention doit être hâtive pour parer aux complications qui menacent la cornée; 2° il est établi que le sérum n'a aucune action fâcheuse dans les cas où une ophtalmie pseudo-membraneuse à streptocoques à pneumocoques, ou à staphylocoques serait prise pour une ophtalmie diphtéritique dont elle pourrait présenter les caractères cliniques.

59. Un cas d'ophtalmie diphteritique traitée par le sérum.

Journal de clinique et de thérapeutique infantile, 1895, p. 245, n° 13.

Cette observation concerne un enfant de un mois qui fut atteint d'ophtalmie dipthéritique. L'examen bactériologique confirma le diagnostic clinique et concurremment avec le traitement habituel on fit à l'enfant 3 injections sous-cutanées de sérum antidipthéritique de 10 centimètres cubes. La guérison eut lieu très complète, mais 3 semaines après, survint un gonflement péri-articulaire au-dessus du genou gauche. Cet engorgement fut ponctionné et donna issue à du pus dans lequel l'examen bactériologique révéla la présence du staphylocoque. La poche fut lavée au sublimé et la guérison devint complète peu de jours après. Le traitement antidiphtéritique n'avait entraîné aucun trouble cutané, aucun phénomène général.

Cette injection de sérum pour l'ophtalmie diphtéritique est l'une des premières, sinon la première, qui ait été pratiquée en France.

60. Tuberculose primitive de la conjonctive.

Arch. d'opht., juillet 1900 (en collaboration avec le Dr CABANNES), p. 353-358, avec 3 figures.

Tuberculose miliaire de la conjonctive manifestement exogène et paraissant consécutive à un traumatisme, ayant ouvert la porte à l'infection. Il y avait un ganglion préauriculaire engorgé; il fut extirpé et

l'examen bactériologique qui fut pratiqué, tant sur un fragment de la conjonctive que sur le ganglion, fut positif.

Trois figures accompagnent ce travail qui a servi de base à la thèse de notre élève, le Dr Ayraud (Bordeaux, 1899).

61. Lépreme de la conjonctive bulbaire.

Congrès de Bordeaux, 1895 et *Presse médicale*, 1895.

Toutes les variétés de la lèpre peuvent intéresser l'œil; la lèpre anesthésique atteint la cornée en produisant le xérosis et la lagophtalmie; la forme tuberculeuse produit sur le limbe scléro-cornéen des tubercules analogues à ceux qui se forment sur les téguments. Les auteurs considèrent la lèpre cornéenne comme plus fréquente que la lèpre conjonctivale; nous avons cependant observé un fait dans lequel la cornée était intacte, alors qu'il existait autour d'elle un cercle de nodosités lépreuses uniquement développées dans la conjonctive.

Malgré l'intégrité de la cornée, l'iris était atteint très gravement d'une inflammation plastique adhésive, subaiguë. Les éléments infectieux avaient pu gagner la chambre antérieure par l'angle de filtration avant d'envahir la cornée. L'examen histologique a démontré la présence des cellules lépreuses de Virchow, et d'une quantité innombrable de bacilles de Hansen inclus dans des cellules conjonctives. Les inoculations faites dans la chambre antérieure de l'œil chez le lapin ont été stériles. L'ablation et la cautérisation au thermo-cautère des parties malades ont donné le meilleur résultat, mais il n'a pas été possible de faire une iridectomie utile à cause de la solidité des adhérences iriennes.

Nous avons, dans ce cas, fait l'examen bactériologique du léprome et trouvé le bacille, ainsi que le montre une figure en couleur annexée à notre mémoire.

62. Lipomes et dermo-lipomes sous-conjonctivaux.

Arch. d'ophtalmologie, 1900, p. 299, 6 figures.

L'affection qu'on désigne sous le nom de lipome est le plus souvent un dermo-lipome résultant de l'inclusion, sous la conjonctive, d'éléments

ectodermiques, parfois aussi un lipome pur développé aux dépens du tissu graisseux sous-conjonctival.

Aux travaux antérieurs analysés, nous joignons *trois observations personnelles*. Après avoir étudié l'étiologie, la pathogénie et la symptomatologie de la question, nous en arrivons à cette hypothèse, dont la vérification mérite d'être poursuivie, savoir que les lipomes sous-conjonctivaux se divisent en deux catégories :

1° Dans la première, ils adhèrent solidement à la muqueuse sous-conjonctivale qui les recouvre ; ce sont alors des dermo-lipomes ; et *ce sont les cas les plus communs ;*

2° Ou bien la muqueuse glisse facilement à la surface : ce sont alors des lipomes purs, et *ce sont les cas les plus rares.*

Dans l'un et l'autre cas, d'ailleurs, l'extirpation du néoplasme s'effectue sans difficulté.

Si la conjonctive est adhérente, on en excise une partie avec le lipome ; si elle est mobile, il suffit de l'inciser et de prendre la tumeur avec une érigne pour l'amener facilement au dehors.

63. **Sarcome mélanique de la conjonctive.**

Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, séance du 11 décembre 1883.

Nous présentons les pièces histologiques d'un sarcome mélanique de la conjonctive.

La sclérotique est absolument saine dans toute son étendue. La cornée est également intacte ; sa lame épithéliale externe seule a été soulevée. La tumeur offre les caractères d'un sarcome fibro-plastique jeune.

Ce qu'il y a de vraiment remarquable dans ce cas, c'est le soulèvement de la lame épithéliale de la cornée par les éléments sarcomateux qui s'insinuent entre cet épithélium et la membrane de Bowman.

64. **Sarcome mélanique de la conjonctive.**

Journal de médecine de Bordeaux et *Revue d'oculistique*, p. 84, 4 avril 1884.

Ce travail rapporte l'observation d'une femme de quarante-deux ans présentant une tumeur à cheval sur le segment interne du limbe scléro-cornéen. Cette tumeur, extirpée, a été conservée et durcie par les pro-

cédés ordinaires; elle a été l'objet de coupes portant les unes au niveau de la sclérotique, les autres au niveau de la cornée. Cette tumeur offre sur tous les points examinés les caractères d'un sarcome fibro-plastique jeune, riche en cellules embryonnaires et possédant en certaines parties des éléments fusiformes groupés en faisceaux. Les vaisseaux y abondent et contribuent pour une large part à la couleur noire du tissu morbide. Mais ce n'est pas là l'unique cause de cette coloration spéciale, on la trouve aussi dans la présence de petits grains noirs bien visibles, au grossissement de 350 diamètres, dans le protoplasma des cellules embryonnaires et fusiformes.

La question intéressante est de reconnaître le point de départ de cette tumeur. Ce n'est pas à coup sûr la cornée et il est impossible que ce soit la sclérotique, car il est peu admissible qu'un pareil processus prenne naissance sur le feuillet externe de la sclérotique sans que les autres lames fibreuses de cette membrane y prennent part. Tout porte à penser que l'origine est dans la conjonctive, car ce sont les vaisseaux de cette muqueuse qui nourrissent le néoplasme. De l'étude attentive de la tumeur et de l'examen des nombreuses coupes qui ont été faites, il ressort que ce néoplasme est un sarcome mélanique de la conjonctive.

65. De l'épithélioma de la conjonctive bulbaire et en particulier du limbe scléro-cornéen.

Communication faite à la *Société française d'ophtalmologie*, session de mai 1892.

L'épithélioma de la conjonctive bulbaire est généralement bénin, au début du moins, mais celui du limbe scléro-cornéen est, au contraire, grave et très grave dans la majorité des cas. Ce n'est pas en perforant la cornée que le mal gagne l'intérieur de l'œil. Cette membrane ne se laisse ni infiltrer ni dissocier par les éléments du néoplasme, sans cesser de protéger l'œil. C'est au niveau du limbe scléro-cornéen que se trouve le défaut de la cuirasse de l'œil; c'est par là que se fait la pénétration, par ce processus que le pronostic devient sévère.

Sans doute, souvent la tumeur atteint un volume très accusé à la surface du globe de l'œil avant de gagner ainsi les parties profondes, mais cet envahissement est toujours redoutable.

Il résulte de ces considérations anatomiques que, s'il suffit, en général, d'exciser l'épithélioma de la conjonctive bulbaire en cautérisant la

surface d'implantation au fer rouge, ce traitement ne sera pas toujours suffisant pour l'épithélioma du limbe cornéen. Si la tumeur est ancienne ou a récidivé, il faudra craindre l'envahissement du globe oculaire et pratiquer l'énucléation.

66. Épithélioma de la conjonctive.

Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, séance du 5 décembre 1892.

Il s'agit de coupes de deux cas d'épithélioma de la conjonctive qui permettent de se rendre compte du mode de pénétration des tumeurs malignes dans le globe de l'œil. La cornée, très résistante, s'enflamme, s'épaissit, mais n'est pas envahie. Cette pénétration se fait au niveau de l'union de la cornée et de la conjonctive et par le canal de Schlemm. Ces coupes présentent des figures coccidiennes très nettes, mais sur la nature desquelles nous devons rester sur la réserve ; nous les avons ailleurs étudiées, ainsi que l'envahissement du globe de l'œil par l'épithélioma limbique.

Nous avons, à propos de cette pièce et de quelques autres, démontré anatomiquement que dans quelques cas les tumeurs malignes peuvent pénétrer dans l'œil, de dehors en dedans, alors qu'il était admis que les tumeurs sortaient de l'œil, mais n'y rentraient jamais.

67. Deux cas d'épithélioma de la conjonctive bulbaire.

Société d'anat. et de physiol. de Bordeaux, séance du 13 février 1892.

Nous publions deux observations d'épithélioma de la conjonctive, dont nous montrons à la Société les préparations histologiques.

La première se rapporte à un cas d'épithélioma pavimenteux avec de nombreux globes épidermiques aux allures assez bénignes, ayant envahi dans une étroite zone toute l'épaisseur de la conjonctive bulbaire.

La deuxième concerne une tumeur de même nature, mais beaucoup plus envahissante et méritant le nom de « tumeur maligne ».

68. Trois cas de tumeurs épithéliales épibulbaires.

Archives d'ophtal., 1893, p. 747-762, avec 3 planches.

Dans ces tumeurs, nous avons trouvé les formes cellulaires coccidiennes déjà signalées, mais s'agit-il là de formations cellulaires endo-

gènes par lobulation du noyau, de modifications successives de substance nucléaire, de cellules migratrices faufilées dans le protoplasma, ou bien sont-ce des parasites ? La question reste pendante.

Les dessins qui accompagnent ce travail sont très suggestifs au point de vue clinique ; ils montrent que la néoplasie, ne prenant pas son origine dans la sclérotique ou la cornée, peut rester en dehors de l'œil, ou y pénétrer, et, dans ce dernier cas, la pénétration se fait par le limbe scléro-cornéen, les cellules épithéliales ne détruisant pas les tissus, mais les dissociant seulement. De là découlent les indications thérapeutiques : s'attaquer à la tumeur, sans toucher au globe, s'il n'y a pas pénétration ; énucléer, si une adhérence au niveau du limbe témoigne d'une infiltration épithéliale.

69. Deux cas d'épithélioma de la conjonctive bulbaire.

Journal de méd. de Bordeaux, avril 1892, p. 173.

Deux cas d'épithélioma de la conjonctive bulbaire dont il a été fait un examen histologique complet.

Dans le premier, il s'agissait d'un épithéliome pavimenteux d'origine traumatique ; ce cas bénin, analogue à la majorité des tumeurs de ce genre, est beaucoup moins intéressant que le second, dans lequel l'œil fut énucléé. A l'examen microscopique, on trouva que le néoplasme (épithélioma pavimenteux) avait envahi le tissu de la sclérotique, pénétré dans la cornée non pas à travers la membrane de Bowman, mais en cheminant des parties périphériques vers les parties centrales. Il avait soulevé et détruit les lames cornéennes de dedans en dehors, de sorte que, dans certains points où la cornée était aux trois quarts détruite, on voyait la membrane de Bowman soulevée et portant encore, intact, son épithélium pavimenteux normal. La membrane de Descemet avait résisté partout à la néoplasie. L'épithéliome avait pénétré dans la chambre antérieure et gagné l'iris à travers le limbe scléro-cornéen. Il n'y avait que la face antérieure de l'iris envahie par la tumeur et il était possible, sur la pièce, de détacher le néoplasme de la surface de cette membrane. Il n'y avait aucun élément mélanique dans la tumeur.

Bien que l'état de développement du néoplasme ne nous ait point permis de découvrir exactement le début et le mode d'évolution de la tumeur, nous pensons que la marche a été la suivante : épithélioma

pavimenteux de la conjonctive du limbe, infiltration de l'épithélioma au niveau de la soudure scléro-cornéenne, prolifération dans les lames de la cornée soulevées et exfoliées, et envahissement de la chambre antérieure.

70. **Tumeurs du limbe cornéen.** *Soc. d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, séance du 19 décembre 1892.

Nous présentons des préparations microscopiques de plusieurs tumeurs du limbe cornéen sur lesquelles on peut suivre les points d'infiltration du processus pathologique du côté de l'angle irien. Ces données histologiques font comprendre la nécessité de l'ablation totale de l'œil dans les cas analogues.

71. **Épithélioma de la conjonctive propagé à la cornée.** *Soc. d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, séance du 10 février 1890.

Nous montrons des préparations histologiques d'un épithélioma de la conjonctive propagé à la cornée, qui est en grande partie détruite. Sur les préparations soumises à l'examen de la Société, on peut voir très nettement la sclérotique intacte et la cornée, au contraire, détruite par les cellules morbides infiltrées entre les lames.

72. **Épithélioma de la conjonctive bulbaire.** *Soc. d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, 3 février 1890.

Nous présentons des préparations histologiques d'épithélioma de la conjonctive bulbaire ayant recouvert une partie de la cornée sans intéresser la membrane de Bowman.

73. **De l'épithélioma de la conjonctive bulbaire et de sa propagation dans le globe de l'œil.**

Arch. d'ophtalmologie, décembre 1894, p. 768-780, avec 5 figures (en collaboration avec M. Mazet).

L'épithélioma pavimenteux de la conjonctive bulbaire reste souvent extra-oculaire, mais il peut aussi perforer la coque oculaire et la tumeur pénètre alors dans l'œil par le limbe scléro-cornéen. Des observations antérieures publiées par nous l'ont déjà démontré et celle-ci y ajoute une nouvelle preuve.

La tumeur ne peut se développer primitivement dans le tractus uvéal pour apparaître ensuite extérieurement. S'il arrive qu'une tumeur puisse évoluer de dedans en dehors, c'est qu'il ne s'agit pas alors d'un épithélioma pavimenteux, mais d'un épithélioma cylindrique pouvant se développer aux dépens de la glande de l'humeur aqueuse. A

l'appui de cette idée, nous rappelons une observation de carcinome primitif des procès et du corps ciliaire et ajoutons que les cellules du *pars ciliaris retinæ* ne peuvent donner naissance qu'à des tumeurs épithéliales.

Le cas que nous étudions dans ce travail est le plus curieux de ce genre qui ait été publié ; 5 figures en accompagnent la description histologique ; la pénétration de la tumeur dans l'œil y est suivie pas à pas, et demeure hors de toute contestation.

74. Tumeur épithéliale épibulbaire; récidive et envahissement de la paupière supérieure.

Archives d'ophtalmologie, 2 figures, décembre 1897.

Tumeur épithéliomateuse développée à une certaine distance du limbe, et qui, pour ce motif, était empêchée, par la sclérotique, de pénétrer dans le globe oculaire.

Elle prit son extension du côté de la conjonctive, et gagna la paupière supérieure, qui fut, tout entière, envahie.

Ce cas montre que l'épithélioma conjonctival, même loin du limbe, peut revêtir la forme maligne : nous avons écrit plusieurs travaux pour appeler l'attention sur cette variété d'épithéliomas méconnus par la plupart des ophtalmologistes.

75. Tumeur épithéliale épibulbaire. Récidive et envahissement de la paupière. *Soc. d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, séance du 22 novembre 1897.

Nous présentons les pièces anatomiques et les figures de la tumeur.

76. Du papillome de la conjonctive.

Annales d'oculistique, janvier 1898, p. 29 à 42, 2 fig. (en collab. avec M. Mazet).

Nous considérons le papillome comme un néoplasme bénin ou malin. Il est bénin quand le corps des papilles malades seul se développe outre mesure et que l'épithélium reste indemne, mais celui-ci arrive souvent à déborder et à s'étendre aux alentours de la papille en infiltrant les tissus voisins.

Un papillome est une tumeur qui présente dans sa structure une hypertrophie évidente du corps papillaire concordant avec une exagération plus ou moins grande du revêtement épithélial.

Notre cas concerne un homme portant d'énormes végétations framboisées de la conjonctive recouvrant presque complètement la cornée. Une première ablation avait été faite deux ans auparavant, suivie de récidive. Nous excisons le plus complètement possible les tumeurs, mais quelque temps après survint le sphacèle de la cornée, une hernie de l'iris; enfin, très rapidement, les végétations se reproduisirent. L'énucléation fut proposée, mais le malade refusa.

De l'examen histologique, il découle qu'il y avait hypertrophie manifeste des papilles conjonctivales et développement excessif du revêtement épithélial; c'est pourquoi nous concluons à une véritable tumeur maligne développée à la longue sur des productions papillaires bénignes dont le malade avait trop tardé à se faire débarrasser.

A propos de ce cas, nous passons en revue, dans une étude complète, tous les faits connus de papillome de la conjonctive.

2° CORNÉE ET SCLÉROTIQUE

Aperçu général. — Nous devons signaler ici, au sujet de la cornée, une classification personnelle des néoplasmes de cette membrane qui, jusqu'ici, avaient été absolument confondus avec les néoplasies et les pseudo-tumeurs. Cette classification, conforme aux données actuelles de l'onkologie, nous a permis de faire entrer tous les cas de vrais néoplasmes cornéens dans le cadre suivant :

1° Tumeurs d'origine conjonctive : kystes, myxomes, fibromes, sarcomes;

2° Tumeurs d'origine épithéliale : papillome, épithéliome.

Nous avons rapporté *in extenso* avec deux planches un cas de papillome cornéen très curieux par son volume et sa structure.

En ce qui concerne la sclérotique, nous signalerons un kyste survenu après une opération de strabisme (V. *Traité des Tumeurs de l'œil*, p. 231).

D'autres faits de diverse importance ont été l'objet des publications suivantes :

77 Blépharospasme. Incrustation saturnine de la cornée.

Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, séance du 17 octobre 1890.

Nous présentons deux malades atteints de lésions oculaires intéressantes, l'un au point de vue pathogénique, l'autre au point de vue thérapeutique. Le premier est un homme de 29 ans, atteint de blépharospasme intermittent, non douloureux, revenant à de longs intervalles et qui s'est peu à peu transformé en un tic convulsif non douloureux de la face. Le traitement médical n'a produit aucun résultat.

Le deuxième malade a une affection de la cornée qui s'est présentée en même temps qu'une conjonctivite chronique pour laquelle on lui a prescrit un collyre à l'acétate de plomb au 1/10.

Par suite d'une erreur, un élève lui a fait une cautérisation au sulfate de cuivre et lui a ainsi endommagé la cornée. Le malade a, pendant les 15 jours suivants, fait usage de collyre à l'acétate de plomb et elle est revenue avec une tache blanche épaisse de la cornée.

78. Kératite et paralysie du trijumeau.

Soc. de médecine et de chirurgie de Bordeaux, séance du 31 octobre 1890.

Nous présentons une malade atteinte de kératite centrale de l'œil gauche, survenue sans cause appréciable et n'étant jamais accompagnée de douleur. Cette indolence absolue nous donna l'idée d'examiner la sensibilité du globe oculaire et nous avons constaté une anesthésie complète du globe de l'œil dont la tension est d'ailleurs normale. L'œil droit était également insensible. La même anesthésie complète existe dans toute la région innervée par les deux trijumeaux.

L'affection de la cornée guérit cependant très bien, ce qui paraît démontrer que les nerfs trophiques sont indépendants des nerfs sensitifs.

79. Deux observations de kératite interstitielle traitée par des injections sous-conjonctivales de sublimé.

Recueil d'ophtalmologie, 1892, p. 522.

Mémoire consacré à montrer l'utilité des injections sous-conjonctivales dans le traitement de la kératite interstitielle, pourvu qu'au traitement local soit toujours ajouté le traitement général classique.

80. **Kératite plombique.** *Soc. de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, séance de novembre 1895, et *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie de Bordeaux.*

Cette observation concerne une malade atteinte de kératite plombique survenue à la suite d'un traitement par un collyre à l'eau blanche. Le médicament conseillé par un médecin ayant été continué beaucoup trop longtemps par la malade, l'incrustation plombique s'est produite. Nous insistons sur les dangers de l'emploi de l'eau blanche dans les affections oculaires.

81. **Rachitisme avec déformation très accusée du crâne. Staphylome de l'O. G. Amputation de l'hémisphère antérieur.**

Soc. de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 11 février 1898.

Il s'agit d'un enfant de 7 ans dont les parents sont indemnes de syphilis et chez lequel le rachitisme est exclusivement imputable à la misère physiologique de la mère pendant la grossesse. Déviation caractéristique du sternum, énorme proéminence des os frontaux. Voûte palatine très ogivale. En avril 1897, O. G.: kératite suppurée terminée par leucome épais avec enclavement de l'iris. Vision abolie. A droite, légère kérato-blépharo-conjonctivite. 8 mois après, la cornée de l'O. G. a disparu, et présente un énorme staphylome formé par l'iris. Amputation par le procédé de de Wecker. Bon résultat.

Nous recommandons de consolider la suture en bourse qu'on fait en pareil cas avec deux points de suture séparés. La suture en bourse seule n'est pas suffisamment solide.

82. **Des tumeurs primitives de la cornée.**

Archives d'ophtalmologie (avec 2 planches), avril 1899, p. 209-233.

Les tumeurs de la cornée sont rares, on peut les diviser en deux groupes :

1° Les tumeurs développées aux dépens du feuillet moyen, c'est-à-dire d'essence conjonctive ou endothéliale, savoir les myxomes, les fibromes, les sarcomes leucotiques ou pigmentés;

2° Les tumeurs développées au niveau du feuillet épithélial ou externe, c'est-à-dire les épithéliomas en général; ce groupe comprend

les plaques épithéliales qui correspondent au premier degré de ces affections et les carcinomes.

L'épithélioma cornéen, d'après nos observations personnelles, a des tendances médiocres à s'étendre en profondeur. Ces sortes de tumeurs ne peuvent traverser la membrane de Bowman que très difficilement et les lames cornéennes elles-mêmes opposent une forte barrière à leur développement. Le fait tient à ce que l'épithélioma cornéen pur n'a aucun rapport avec l'angle de filtration qui, lui, est bien plus accessible à la pénétration. D'ailleurs ce sont là des raretés cliniques.

Ce mémoire, outre un fait nouveau et très complètement étudié de papillome cornéen (avec 2 planches), renferme une *classification originale* des néoplasmes de la cornée jusqu'ici confondus avec les néoplasies ou les pseudo-tumeurs de cette membrane.

83. **Note sur un cas de papillome de la cornée.** *Soc. d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, séance du 6 mars 1899.

Nous présentons les préparations histologiques d'un papillome ayant recouvert complètement la cornée en laissant intacte la conjonctive bulbaire. Nos préparations montrent la présence de nombreuses colonnes de tissu conjonctif portant des anses vasculaires et recouvertes d'abondantes masses épithéliales.

3° TRACTUS UVÉAL

Iris, Corps ciliaire, Choroïde.

Aperçu général. — Au sujet de l'iris, nous signalerons un procédé d'*iritomie à ciel ouvert* pour l'établissement de la pupille artificielle dans certains cas. Nous avons cru être l'inventeur de cette opération que nous avons pratiquée pour la première fois en 1893, sans avoir jamais rien lu à son sujet. Mais il est incontestable que dès 1886, de Vincentiis de (Naples) et un peu plus tard Schœler (de Berlin) l'avaient pratiquée à notre insu.

Au sujet de l'ossification de la choroïde, nous avons vérifié les données acquises; en ce qui concerne la tuberculose, nous avons

recueilli des faits cliniques curieux de tuberculose primitive, montré la barrière qu'oppose le muscle ciliaire à la propagation dans l'espace supra-choroïdal de la tuberculose de l'iris et provoqué sur le lapin la tuberculose irienne expérimentale en injectant des bacilles dans la carotide.

Dans les kystes de l'iris, nous avons montré que les kystes séreux pouvaient être congénitaux et d'origine épithéliale, comme un dermoïde; nous avons publié le seul cas démonstratif de ce genre, dans lequel nous avons pu établir que l'épithélium pavimenteux tapissant la paroi du kyste n'a aucun rapport avec l'épithélium normal de la face postérieure de l'iris.

Outre un fait de myome ou myo-sarcome du corps ciliaire, nous avons longuement étudié les tumeurs intra-oculaires et mis au jour les données suivantes :

1° Le leuco-sarcome de la choroïde est plus fréquent qu'on ne l'a écrit; il a été quelquefois confondu avec le gliome de la rétine;

2° Le sarcome mélanique de la choroïde tire quelquefois et peut-être souvent son pigment de l'épithèle pigmenté; de curieuses observations (V. *Traité des Tumeurs de l'œil*, p. 744) ont été faites par nous à ce sujet;

3° Le sarcome endothélial de la choroïde prend quelquefois une telle forme qu'il se fait des mailles, des cavités communiquant ensemble, tapissées par un endothélium en prolifération, remplies par un suc lymphatique, c'est-à-dire qu'il se forme ainsi un véritable lymphangio-sarcome de la choroïde; nous en avons étudié une observation;

4° Enfin, et nous croyons devoir sur ce point appeler particulièrement l'attention, nous avons le premier signalé la grande importance, au point de vue des néoplasmes, de l'épithélium des procès ciliaires. Nous avons montré que cet épithélium peut, *comme celui des glandes ordinaires*, du sein par exemple, donner lieu à un véritable épithélioma, et par suite à un carcinome. Nous avons montré avec évidence les diverses étapes par lesquelles passe

ainsi la dégénérescence épithéliale (V. *Traité des Tumeurs de l'œil*, p. 728). Nous avons en même temps montré l'exacte ligne de démarcation qui sépare ces épithéliomes du corps ciliaire du gliome de la rétine;

5° Enfin, nous avons fait une étude complète du carcinome métastatique de la choroïde; sur les quatre cas de ce genre publiés en France, deux nous appartiennent.

84. **Nouveau procédé de pupille artificielle par l'iritomie à ciel ouvert.** *Annales d'oculistique*, novembre 1895.

Dans ce travail nous avons décrit, comme nous étant personnel, un procédé que nous avions cru imaginer et pratiquer, par conséquent, pour la première fois, mais qui en réalité avait déjà été utilisé sous le nom *d'iritomia ab externo*, par le Dr de Vincentiis (de Naples).

Ce procédé consiste à pratiquer l'iritomie, dans le cas où l'appareil cristallinien est intact, de la façon suivante :

1° Une incision de la cornée siégeant un peu en avant du limbe et assez large pour permettre facilement le passage d'une partie de l'iris; 2° à l'aide d'une pince à iridectomie, l'iris est doucement attiré hors de la plaie; 3° la pince-ciseaux incise le sphincter dans une étendue un peu variable selon les cas, 2 millimètres environ; 4° après cette incision, l'iris est replacé dans la chambre antérieure, où il est facilement maintenu, grâce à l'instillation préalable d'ésérine.

Nous avions fait, au moment de la publication de ce travail, quatre fois seulement cette petite opération que nous avons pratiquée depuis bien souvent; elle est vraiment très utile dans les cas de cataracte polaire. Il nous paraît juste d'attribuer la paternité de ce procédé à de Vincentiis; mais nous croyons devoir faire remarquer que nous l'avons inventé une seconde fois, puisque, ainsi qu'il est ressorti de la lettre ouverte que nous avons, à ce sujet, écrite à de Vincentiis, et de sa réclamation de priorité, son opération, publiée en résumé dans un court compte rendu d'une société italienne, n'était pas encore connue en France en 1895.

85. **Ossification de la choroïde.** *Soc. d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, séance du 11 avril 1892.

Nous montrons les préparations histologiques d'un noyau osseux, gros comme un pois, trouvé dans un œil atrophié. Ce noyau osseux, préparé par voie sèche,

coupé en lamelles très minces, présentait à l'examen microscopique la structure de l'os normal.

86. **Ossification de la choroïde.** *Soc. d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, séance du 9 novembre 1891.

Nous avons trouvé la choroïde complètement ossifiée dans un œil sympathisant, très réduit de volume, primitivement atteint d'ophtalmie purulente, et nous montrons les pièces histologiques concernant cette ossification.

87. **Une observation de tuberculose primitive du corps ciliaire et de l'iris.** *Archiv. d'ophtalmologie* (avec 1 planche), 1895, p. 170-176.

Examen histologique très complet confirmé par un examen bactériologique qui offre ceci de remarquable, que ce ne fut qu'à la trente-septième préparation que la présence du bacille tuberculeux a été démontrée, et encore n'a-t-on pu voir qu'un seul microbe par préparation.

L'examen histologique est d'ailleurs lui-même précédé d'une étude clinique détaillée de ce cas intéressant par l'erreur de diagnostic que nous avons faite. Le tuberculome était si volumineux et d'un aspect tel qu'il fut pris pour un sarcome. Toutefois, il importe de remarquer qu'à la surface ulcérée de la tumeur, il existait plusieurs petites granulations miliaires qui auraient dû mettre sur la voie du diagnostic.

88. **Tuberculose du corps ciliaire.** *Société d'anat. et de physiologie de Bordeaux*, séance du 20 mars 1893.

Nous rapportons une observation de tuberculose du tractus uvéal. Nous montrons les préparations microscopiques de la tumeur, dans laquelle nous trouvons la structure-type des follicules tuberculeux élémentaires, avec tendance plus ou moins marquée, selon les points, à la formation nodulaire fibreuse.

C'est à l'aide de ces cas et de quelques autres observés ultérieurement, qu'a été écrit notre mémoire sur la tuberculose de l'iris.

89. **Étiologie, évolution et traitement de la tuberculose de l'iris.**

Communication faite à la *Société française d'ophtalmologie*. Congrès de mai 1898 (avec 2 planches dont l'une en couleur). *Arch.*, 1898, p 347.

La tuberculose de l'iris peut être quelquefois primitive, mais le plus souvent, elle est précédée par un petit foyer latent, capable de guérir après l'infection secondaire de l'œil. Nous lui donnerons alors la dési-

gnation de cliniquement primitive, c'est une tuberculose locale. Il est probable que dans cette variété, les bacilles, partis d'une petite lésion ganglionnaire ou pulmonaire, gagnent l'œil par la voie sanguine. Nous avons pu reproduire plusieurs fois expérimentalement la tuberculose du tractus uvéal *en injectant une culture de bacille dans la carotide d'un lapin.*

L'étude anatomique de 4 cas personnels nous a permis de remarquer, en premier lieu, l'exacte localisation de l'affection du segment antérieur de l'œil, ensuite la protection de l'espace supra-choroïdal par le muscle ciliaire et la rapidité avec laquelle les éléments infectieux s'engagent dans l'angle de filtration.

Au point de vue du traitement, nous sommes partisan de conserver l'organe tant qu'il y a espoir de conserver la vision, mais si la vue est complètement perdue, il ne faut pas hésiter à énucléer l'œil pour débarrasser le patient d'un foyer de généralisation très dangereux. A notre avis, il n'y a pas à redouter que l'énucléation aggrave les lésions viscérales; les abstentionnistes, dans ces cas particuliers, nous paraissent méconnaître l'étiologie et la physiologie de la tuberculose de l'iris. Ce travail renferme trois examens histologiques très complets et le résultat d'expériences originales concernant la pathogénie de la tuberculose irienne.

90. **Contribution à l'étude des kystes de l'iris.**

Archives d'ophtalmologie, 1900, p. 272-284, 1 planche.

Il s'agit de deux observations, l'une de tumeur perlée de l'iris, d'origine traumatique; l'autre de kyste séreux épithélial congénital.

1° Tumeur perlée de l'iris, survenue depuis 8 mois, à la suite d'un coup de pied, assez violent, sur l'œil. Iritis consécutive : occlusion pupillaire V = 1/2. Large iridectomie. — Un mois après, reprise de l'iritis, nouvelle diminution de l'acuité et apparition d'une petite tumeur perlée ovoïde, un peu rosée.

Ablation de la tumeur assez difficile à cause de l'exiguïté de la chambre antérieure.

L'examen histologique des fragments dissociés permet de constater l'existence de cellules épithéliales typiques.

2° Kyste séreux de l'iris, d'origine congénitale :

Jeune homme, 19 ans, chez lequel surviennent des troubles visuels provoqués par la présence d'une tumeur occupant la moitié de la chambre antérieure. — Photophobie — larmoiement — blépharospasme — le tout résultant d'un kyste de l'iris au contenu transparent. Les antécédents du malade révèlent que, depuis l'âge de 10 ans, il avait au niveau de son iris une petite tache.

L'ablation fut faite après kératotomie et ponction, suivie bientôt de guérison.

L'examen histologique a été fait très scrupuleusement.

Ce kyste appartient à la catégorie des kystes séreux simples.

Ces kystes séreux sont divisés en deux classes :

1° Les traumatiques; 2° les spontanés.

A) *Kystes séreux traumatiques.* — Feuer, Hulke, Gayet, Sattler, Treacher Collins ont rapporté des cas de kystes dans lesquels la paroi est constituée tantôt par un épithélium, tantôt par un endothélium. De Wecker, Eversbuch et Stolting ont essayé de donner des théories pour expliquer leur formation.

B) *Kystes séreux spontanés.* — Schmidt Rimpler les explique par la fermeture des cryptes décrites par Fuchs à la face antérieure de l'iris.

Treacher Collins, Leplat, Eales et Sinclair ont signalé des cas où la pathogénie invoquée était analogue. Nous avons rassemblé toutes les observations connues de kystes congénitaux : 2 cas de Clark, 1 de Guaita, 1 d'Herrnheiser, 1 de Klein, 1 de Noyes, et enfin le cas intéressant de Rozensweig.

Comme ce dernier, nous avons admis l'origine congénitale et épithéliale du kyste dans notre cas personnel. Mais notre examen anatomique permet d'être plus affirmatif que Rozensweig, car nous avons pu démontrer que l'épithélium de l'uvée n'est pour rien dans la pathogénie de ce néoplasme.

Au point de vue de leur structure, on peut diviser tous les kystes iriens en *épiblastiques* et en *mésoblastiques*.

Les épiblastiques proviennent d'une inclusion traumatique d'une parcelle d'épithélium dans la chambre antérieure ou d'une inclusion ectodermique congénitale.

Les mésoblastiques peuvent résulter d'un traumatisme, d'une synéchie irienne, d'une inflammation, d'un épanchement sanguin dans l'iris.

Ils sont caractérisés par la présence d'un endothélium à la face

interne de leur paroi exclusivement constituée par des éléments mésoblastiques. Ce mémoire, dont nous ne donnons ici qu'un très court résumé, contient une histoire complète des kystes de l'iris.

91. Du myome du corps ciliaire.

Archives d'ophtalmologie, 1889, p. 484-493.

Il n'en existe qu'un très petit nombre d'observations presque toutes contestées.

Nous en publions une personnelle, en faisant remarquer que cette rareté du myome dans une région aussi riche en fibres lisses est faite pour étonner, et il est permis de supposer que bien des cas de tumeurs fibreuses ou sarcomateuses auraient changé de nom si leur analyse histologique avait pu être faite avec beaucoup d'attention. Notre cas a beaucoup de ressemblance avec celui d'Ivanoff.

Dans ces deux observations, les analogies anatomiques et cliniques sont très grandes. Le siège des deux tumeurs est le même. La tumeur d'Ivanoff avait comprimé le cristallin et produit des accidents glaucomateux. Il est probable que, sans l'intervention chirurgicale, ces accidents n'auraient pas tardé à éclater dans notre cas. Dans les deux cas, c'est la même marche lente, la même coloration rougeâtre, les mêmes rapports d'ensemble avec les membranes et les milieux dioptriques, le même pronostic, puisqu'il n'y a eu ni récidive sur place, ni généralisation. Dans le fait d'Ivanoff, les fibres musculaires affectaient une direction longitudinale, tandis que dans le cas actuel, elles sont presque toutes dirigées circulairement.

Une étude historique complète de cette affection rare a été faite dans ce mémoire.

92. Du leuco-sarcome de la choroïde.

Archives d'ophtalmologie (avec 1 planche), p. 509-523, 1891, et p. 1-32, 1892.

Cette étude réunit dans un tableau synoptique 35 observations de leuco-sarcome de la choroïde, dont deux nous appartiennent en commun avec le Dr Badal, qui nous les a communiquées.

L'un de ces cas se rapporte à une petite fille de 4 ans, l'autre à une de 3 ans; chez toutes les deux, l'énucléation fut suivie de récidives dans l'orbite et la mort survint quelques mois après.

Ce travail donne une relation très détaillée de l'examen anatomique et microscopique, et s'appuie sur les 35 faits connus, pour étudier l'étiologie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie, le diagnostic et le traitement de cette tumeur choroïdienne.

C'est une monographie qui se résume dans les conclusions suivantes :

1° Le leuco-sarcome de la choroïde se rencontre, relativement au sarcome mélanique, dans la proportion de 1 sur 10 environ; il est un peu plus fréquent chez l'adulte que chez l'enfant;

2° Il présente tantôt la structure des tumeurs embryonnaires, tantôt celle des tumeurs fusiformes ; la première variété est aussi fréquente que la seconde;

3° Il présente relativement à la gravité des sarcomes mélaniques de la choroïde une bénignité assez grande. La moitié des cas se termine par la guérison;

4° L'état anatomique de la tumeur indique son degré de malignité; les cas malheureux se rapportent presque tous aux sarcomes embryonnaires; les cas heureux aux sarcomes fusiformes;

5° Selon que le sarcome est embryonnaire ou fusiforme, la thérapeutique doit beaucoup varier. Les sarcomes fusiformes sont justiciables de l'énucléation simple, les sarcomes embryonnaires de l'évidement de l'orbite ;

6° Les tumeurs malignes intra-oculaires, mélaniques ou non, infectent de bonne heure non seulement la gaine du nerf optique, mais le tissu cellulaire de l'orbite. Leur traitement rationnel consiste dans l'évidement de la cavité orbitaire, comme le curage de l'aisselle est le traitement indispensable des carcinomes du sein;

7° Il y a donc lieu de pratiquer l'évidement complet de l'orbite dans tous les cas de leuco-sarcome embryonnaire de la choroïde.

93. **Note sur l'examen anatomique de 6 cas de sarcome mélanique de la choroïde.** *Société d'anat. et de physiol. de Bordeaux*, séance du 28 mars 1878.

Voici les caractères intéressants de 6 cas récemment observés. Toutes ces tumeurs se sont développées dans le feuillet vasculaire de la choroïde, et ont très vite entraîné un décollement complet de la rétine; leur siège commun est la région équatoriale; quatre d'entre elles ont proliféré exclusivement du côté du corps vitré, conservant de simples rapports de contact avec la sclérotique. Les deux autres ont eu une action directe sur la coque de l'œil. L'une a évolué très lentement, avec bénignité relative et épaississement sclérotical à son point d'origine; l'autre avait envahi l'orbite en

plusieurs endroits ; la tumeur extraoculaire n'est pas pigmentée. Le sarcome de l'intérieur de l'œil est fortement mélanique, et cependant la première est bien la continuation de la seconde, ainsi que l'établit le microscope.

Cette différence de coloration montre que, dans les sarcomes mélaniques, le pigment est fabriqué par les cellules pigmentées de la choroïde. Ce pigment consiste en petits grains arrondis, presque tous intra-cellulaires. Un petit nombre, inter-cellulaires.

Pour bien nous rendre compte de la nature du pigment, nous avons fait les réactions conseillées par Vossius et Max Mashke traitant les coupes, soit par le ferrocyanure de potassium (Perls), soit par le sulfure d'ammonium (Quincke) ; dans aucun cas, nous n'avons vu le pigment subir l'impression de ces réactifs, ni les coupes changer de couleur.

94. **Note sur le pigment mélanique et son mode de préparation.** *Société d'anat. et de phys. de Bordeaux*, séance du 8 décembre 1890.

Nous avons examiné deux tumeurs mélaniques, l'une intra-oculaire et l'autre palpébrale. Nous avons principalement étudié la nature du pigment mélanique que nous avons réussi à isoler et à séparer des éléments cellulaires. La réaction seule de l'acide sulfurique pur (réactif de Robin), l'acide azotique n'avaient pu faire disparaître complètement la masse sarcomateuse qui, formant un magma, masquait les éléments mélaniques. Pour obtenir une préparation pure de mélanine, nous avons eu recours, avec succès, au procédé suivant : Après avoir traité une large coupe, bien pigmentée, par l'acide sulfurique pur, nous avons placé cette coupe, imbibée par le réactif, pendant vingt-quatre heures, dans la chambre humide; le tissu néoplasique s'est en quelque sorte liquéfié; nous avons ajouté de la glycérine neutre, puis luté selon les procédés ordinaires. Deux jours après, il ne restait dans notre préparation rien autre chose que le pigment.

Nous avons ainsi obtenu une préparation pure de mélanine, visible dans tous ses détails morphologiques.

95. **Un cas de sarcome mélanique de la choroïde.** *Annales d'oculistique* (avec 2 figures) (en collaboration avec le Dr Flous), août 1898.

Notre observation mérite d'être retenue en raison des particularités suivantes :

1° Il existe une tumeur intra-oculaire très pigmentée et une tumeur extra-oculaire présentant une très petite quantité de pigment ;

2° Le pigment est exclusivement d'origine choroïdienne ;

3° La tumeur intra-oculaire s'est propagée au dehors par plusieurs orifices étroits et de forme régulière placés dans la région équatoriale ;

4° Au point de vue clinique, il convient de remarquer la lenteur de l'évolution et l'intégrité absolue de l'état général du sujet qui s'est maintenu bon jusqu'ici.

96. Lymphangio-sarcome de la choroïde.

Société d'ophtalmologie de Paris, 5 février 1901.

Il s'agit d'une tumeur du tractus uvéal dont la structure est remarquable par la présence d'aréoles communiquant entre elles comme celles des angiomes caverneux, si bien qu'au premier abord cette tumeur pouvait être prise pour un angio-sarcome, mais un examen attentif démontre que ces aréoles, dont la paroi est tapissée par un endothélium en voie de prolifération, ne contiennent absolument aucun globule sanguin. Sans doute quelques-unes des cavités pourraient être vides de leur contenu, mais il est impossible qu'elles ne renferment aucun élément hématique s'il s'agit d'un hémangio-sarcome. Il est probable qu'il s'agit d'un néoplasme développé aux dépens des espaces lacunaires de la supra-choroïde et présentant les caractères anatomiques du lymphangio-sarcome.

97. Carcinome primitif des procès et du corps ciliaires.

Archives d'ophtalm., p. 143-148, 1892, avec 2 planches.
(En collaboration avec M. Badal.)

Il s'agit d'un épithélioma cylindrique primitif du corps ciliaire. — Un enfant de 5 ans eut des troubles visuels de l'œil gauche, puis peu à peu cet œil commença à grossir; à l'âge de 8 ans, les milieux devinrent inéclairables. On voyait en haut un staphylome intercalaire au-dessous duquel apparaissaient des masses noirâtres d'aspect néoplasique. L'œil est dur, peu douloureux; on pratiqua l'énucléation.

On trouve au niveau des procès deux petits noyaux blancs séparés par un sillon. Les tumeurs sont constituées par des formations tubulaires remplies d'épithélium cylindrique formant plusieurs couches; ces cellules, comme dans tous les épithéliomes, sont devenues atypiques. Par places, on a l'aspect d'un carcinome encéphaloïde. Le point de départ a été l'épithélium de revêtement de la *pars ciliaris retinæ*.

Ce néoplasme et l'étude que nous en avons faite ont été longuement commentés par beaucoup d'auteurs, notamment anglais et allemands. *Ou trouvera dans notre* Traité des Tumeurs de l'œil *tous les détails utiles*

à connaître; qu'il nous suffise de dire ici que les idées que nous avons émises sur ce point de la pathologie oculaire sont maintenant devenues incontestables et classiques.

98. **Épithélioma des procès ciliaires.** *Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux*, séance du 14 décembre 1891.

Nous présentons les préparations microscopiques d'un épithélioma cylindrique des procès ciliaires. Outre les tubes remplis de cellules cylindriques, on peut voir de véritables cellules de carcinome disséminées dans le tissu conjonctif.

99. **Du carcinome métastatique de la choroïde.**
Archives d'ophtalmologie, janvier 1898 (avec 4 figures).

Le carcinome métastatique de la choroïde est une affection rare dont il n'existe qu'une vingtaine de cas dans la science. Nous avons relevé et étudié toutes ces observations auxquelles nous avons joint un fait personnel complètement suivi. Histologiquement l'aspect général du néoplasme est celui d'un stratum alvéolaire rempli par des agglomérations de cellules polyédriques, vaguement hexagonales, pourvues d'un gros noyau.

Comme siège, il est remarquable que la tumeur se présente beaucoup plus souvent sur l'œil gauche que sur l'œil droit, cela tient à ce que l'embolie métastatique cancéreuse se fait plus facilement par la carotide gauche. De plus, le début de la métastase est ordinairement le pôle postérieur du globe atteint et la tumeur secondaire prend une forme diffuse, étalée. Enfin la marche du carcinome métastatique est toujours très rapide ; en quelques semaines l'acuité visuelle, subitement troublée, disparaît complètement.

Dans la grande majorité des cas, il est curieux de relever le fait, le carcinome métastatique de l'œil est secondaire à un cancer du sein : 16 fois sur 20.

Les symptômes particuliers du carcinome métastatique de la choroïde ont été déjà bien décrits par Uhthoff. Le début est rapide mais sans grand fracas, la tendance générale de l'œil est à l'hypotonie, c'est-à-dire qu'il y a peu ou pas de manifestations douloureuses. On aperçoit d'abord autour de la papille des petits points d'un gris jaunâtre qui sont des colonies de généralisation ; çà et là des foyers de dégénérescence pigmentaire. Ces points deviennent des plaques ou îlots assez peu saillants

qui dépassent le fond de l'œil de 2 à 3 millimètres en moyenne et n'arrivent pas ordinairement à former une tumeur très proéminente dans le vitré.

Le diagnostic avec le sarcome primitif de la choroïde se fera d'après cette considération première que le sarcome primitif n'est qu'exceptionnellement bilatéral, tandis que c'est la règle fréquente dans le cas de carcinome métastatique. De plus, le carcinome a son siège de prédilection au pôle postérieur du globe, tandis que le sarcome se développe assez volontiers aussi au niveau de l'équateur de l'œil. Enfin le carcinome débute par plusieurs foyers, tandis que le néoplasme sarcomateux forme une masse unique. Comme marche, celle du carcinome est beaucoup plus rapide que celle du sarcome.

Certains points pourraient permettre la confusion du carcinome au début avec la tuberculose choroïdienne, mais l'examen de la lésion originelle lèvera tous les doutes. Il en sera de même avec certaines hyalites ou choroïdites exsudatives ; l'examen de l'état général du sujet constituera la preuve dernière du diagnostic.

Nous avons, depuis la publication de ce travail, observé un deuxième cas de carcinome métastatique, dont l'étude complète est rapportée dans notre *Traité des Tumeurs de l'œil.*

100. **Pronostic et traitement des tumeurs malignes intra-oculaires.**

Gazette des Hôpitaux, 7-9 et 12 mai 1891, et *Société de chirurgie*, 1891.

Dans ce travail nous avons classé les tumeurs malignes intra-oculaires en trois groupes principaux :

1° Le sarcome mélanique du tractus uvéal ;

2° Le sarcome blanc du même tractus ;

3° Le gliome de la rétine.

Sarcome mélanique. — Après avoir donné des statistiques et montré la malignité extrême de ces tumeurs, nous avons essayé de donner la raison des nombreux cas mortels observés malgré l'intervention.

Cela tient à ce que les ophtalmologistes font souvent une opération insuffisante en pratiquant seulement l'énucléation.

L'histologie démontre en effet qu'alors même que la tumeur paraît limitée à la coque oculaire, elle se propage facilement le long des vaisseaux choroïdiens à travers la sclérotique. — Les cellules qui émigrent

le long des vaisseaux envahissent de bonne heure l'orbite et sont l'origine des récidives locales si fréquentes.

A la première période, tout à fait au début, l'énucléation peut suffire. — Mais il faut remarquer qu'à ce moment-là le diagnostic est très difficile. C'est le plus souvent lorsque la vision est totalement supprimée et que la tumeur envahit le globe oculaire que le patient vient consulter. — Encore est-il difficile de lui faire comprendre la gravité du mal.

Et déjà à ce moment l'infection de l'orbite est accomplie, les cellules morbides ont émigré, la mélanine s'est propagée. Un sacrifice plus considérable que la simple énucléation est donc nécessaire. C'est l'évidement et l'exentération de l'orbite qu'il faut pratiquer. C'est ce que font les chirurgiens dans les carcinomes du sein ou de la langue. Ils ne craignent pas d'enlever largement autour du néoplasme, d'évider le creux de l'aisselle ou d'extirper le plancher buccal.

L'évidement de l'orbite est trop rarement pratiqué; il devrait être la règle dans les sarcomes mélaniques et l'énucléation simple, l'exception.

Tout dernièrement, quelques oculistes n'ont pas craint de proposer l'*ablation partielle* du globe oculaire. Il serait difficile de conseiller une pratique plus contraire aux lois les mieux établies de la pathologie. Dans la première période seule on devra faire au moins l'énucléation. Plus tard, c'est le curage de la cavité orbitaire qui contituera le traitement rationnel.

Sarcome blanc. — Leuco-sarcome. — Moins fréquent que le précédent il offre deux aspects anatomiques différents, au point de vue du pronostic: le sarcome à petites cellules embryonnaires, très grave; le sarcome fibro-plastique à cellules fusiformes, relativement bénin.

La conclusion pratique peut se résumer en ces deux points, à savoir:

Les sarcomes blancs seront traités avec succès par l'énucléation simple.

Les sarcomes embryonnaires relèveront de l'exentération de l'orbite.

On peut objecter qu'il est difficile de faire le diagnostic de la structure histologique avant l'intervention. Ce diagnostic pourra être toujours fait si, après l'énucléation simple, on ouvre la pièce et on examine la consistance du tissu de la tumeur.

On pratiquera donc, aussitôt après avoir déterminé ce diagnostic, l'évidement de tout le contenu de l'orbite.

Gliome de la rétine. — Nous sommes portés à croire que *le gliome*

rétinien est moins malin qu'on ne le pense ordinairement. — Sur 97 cas, nous avons enregistré 25 guérisons ; la statistique est donc aussi bonne et même meilleure que celle des autres cancers. La variété endophyte d'Hirschberg présente beaucoup de chances de guérison. On pourra lui réserver l'énucléation simple. Mais l'exentération de l'orbite devient nécessaire lorsque le globe oculaire est rempli par le néoplasme et que l'on ne sera pas sûr de la limitation du mal à la rétine. En règle générale, c'est l'évidement de l'orbite qui s'imposera le plus souvent dans le cas de gliome.

Comme conclusion générale, nous avons insisté plus particulièrement sur la nécessité d'évider complètement l'orbite dans la plupart des cas. L'évidement de l'orbite est aux cancers intra-oculaires ce qu'est le curage de l'aisselle aux tumeurs malignes du sein.

4° RÉTINE

Aperçu général. — En ce qui concerne la rétine, nous n'avons à signaler en passant qu'un cas de décollement d'origine infectieuse, consécutive à une angine et à insister particulièrement sur le pronostic relativement bénin de certaines formes de gliome que nous nous sommes appliqué à mettre en relief à une époque (1890) où tous les classiques émettaient une opinion contraire. Nous avons. dans notre ***Traité des Tumeurs de l'œil*** (p. 678) expliqué la bénignité relative de certains gliomes en faisant, dans le groupe encore confus des tumeurs rétiniennes, une classification anatomique, et en distinguant le gliome fait de tissu nerveux (neuro-gliome ganglionnaire) du sarcome de la rétine d'origine mésodermique.

Sans entrer dans trop de détails, nous devons rappeler ici que nous avons divisé les neuro-gliomes en deux groupes : 1° le neuro-gliome ganglionnaire (R. Greeff); 2° le neuro-épithéliome (Wintersteiner) et le sarcome de la rétine en deux groupes aussi : 1° l'angio-sarcome et 2° le sarcome à cellules rondes.

Il y aurait une très grande différence clinique entre les neuro-

gliomes, ou neuro-épithéliomes et les sarcomes rétiniens; c'est par ces différences que nous expliquons le pronostic variable; ainsi notre essai de classification ne s'appuie-t-il pas seulement sur les désordres anatomiques, mais sur les données de la pathologie et peut-il servir de base à une thérapeutique plus judicieuse et moins désespérée que celle qu'on pratique actuellement.

Nous avons étudié complètement, au point de vue histologique, un gliome en voie de régression, qui mérite un intérêt particulier, car il est le plus probant de tous les faits de ce genre, bien rares d'ailleurs, qui aient été publiés.

101. Décollement de la rétine d'origine infectieuse.

Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 28 mai 1897.

Il s'agit dans cette observation d'un cas de décollement consécutif à une choroïdide.

De l'étude détaillée à laquelle nous nous livrons au sujet de ce malade qui venait d'être atteint d'une angine infectieuse, nous croyons pouvoir conclure à la présence d'une inflammation de la choroïde et à la formation d'un exsudat sous-rétinien, et nous trouvons la cause première de cette inflammation dans l'état général et particulièrement dans l'état infectieux dont le sujet était atteint précisément à l'époque où les premiers troubles de la vision ont commencé. Des éléments pathogènes plus ou moins nombreux auront été apportés dans l'œil par la circulation.

Dans le fait même de la localisation du mal dans la partie externe de la rétine et dans l'œil gauche, nous trouvons encore une confirmation de notre manière de voir. Dans notre hypothèse, en effet, il s'agissait d'éléments pathogènes charriés dans l'œil par le système circulatoire; or, nous savons qu'en pareil cas les colonies, apportant dans l'œil une affection métastatique, attaquent le plus souvent l'œil gauche et presque toujours la partie externe de l'organe. Ces propositions nous sont démontrées par la pathologie oculaire elle-même. Il est une affection qui commence à être bien connue, c'est le carcinome métastatique de la choroïde résultant de la pullulation à distance d'un cancer épithélial, particulièrement d'un cancer du sein. Ce carcinome métastatique se

produit le plus souvent à gauche à cause de la prédominance de la carotide de ce côté, et, fait très spécial et très remarquable, dans la partie externe et postérieure de l'œil gauche ; les ciliaires courtes postérieures de cette région sont anatomiquement disposées pour recevoir plus facilement et plus directement que les autres les éléments infectieux qu'apporte en ce point le torrent circulatoire. Puisqu'il en est ainsi pour de petites cellules épithéliales, pourquoi n'en serait-il pas de même pour des éléments infectieux plus petits, les microbes pathogènes ?

C'est donc à une choroïdite infectieuse développée au niveau de la couche des capillaires, sous le tapetum de la rétine, que nous attribuons le décollement rétinien de notre sujet ; c'est ainsi que nous en comprenons la pathogénie. Notre hypothèse a plus d'un point d'appui important; seule, elle peut expliquer l'évolution des symptômes ; dans l'état actuel de la question, seule, elle tient compte de toutes les données scientifiques, et enfin elle n'a contre elle aucune invraisemblance, aucune objection digne d'être notée.

Sans doute le décollement de la rétine consécutif à la choroïdite est bien connu, mais il existe très peu de faits aussi nets que celui mis en évidence dans de travail.

102. **Contribution à l'étude anatomique et clinique du gliome de la rétine.**
Archives d'ophtalmologie, 1890, p. 385-401, 3 figures.

Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

1) Le gliome de la rétine revêt quelquefois une marche relativement bénigne. Il prend alors la forme endophyte et reste longtemps localisé dans la coque oculaire.

2) Il est possible d'expliquer la bénignité relative de cette tumeur par l'épaississement de la lame vitreuse de la choroïde et de la lame criblée. L'espace de Schwalbe et le tissu propre du nerf optique sont ainsi protégés contre l'envahissement des jeunes cellules du gliome.

3) Le gliome de la rétine n'est pas aussi grave que la plupart des classiques se plaisent à l'affirmer. Les cas de guérison définitive ou d'arrêt très long ne sont pas rares.

4) En intervenant de très bonne heure, au début de l'affection si c'est possible, au moins avant que la coque de l'œil soit perforée, on pourra compter sur un excellent résultat dans plus d'un cinquième des cas.

Quelques cas isolés de guérison avaient été signalés par Hirschberg, mais ce travail est le premier dans lequel ait été mise en évidence la curabilité et la bénignité relative de certaines formes de gliome.

103. **Étude comparative du sarcome de la choroïde et du gliome de la rétine.**

Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 21 février 1890.

Dans ce travail, nous faisons une étude clinique comparée du sarcome de la choroïde et du gliome de la rétine en faisant ressortir l'utilité de ce diagnostic pour la détermination exacte du vrai pronostic et pour l'exécution d'un traitement judicieux. Nous montrons que le sarcome de la choroïde à forme embryonnaire est plus grave que le gliome de la rétine, et que le pronostic de cette dernière affection a été très exagéré par les classiques.

104. **Quatre cas de guérison de gliome de la rétine.**

Académie de médecine, séance du 5 février 1901.

Le gliome de la rétine n'est pas l'affection extrêmement maligne que les ophtalmologistes ont décrite jusqu'en ces derniers temps. En 1890, nous avons fait un travail pour démontrer que les cas de guérison ne sont pas absolument rares, et depuis cette époque un grand nombre d'auteurs sont arrivés au même résultat que nous.

Dans les quatre cas nouveaux que nous présentons, l'examen histologique a été fait avec beaucoup de soin.

L'un de ces cas concerne même un gliome en voie de régression spontanée, variété rare entre toutes; l'examen histologique a fait voir que les cellules embryonnaires se transformaient en cellules conjonctives adultes, ce qui démontre, pour ce cas, l'origine mésodermique de l'affection. Le gliome rétinien peut, en effet, n'être qu'un pur sarcome développé aux dépens de la rétine; d'autres fois il est, au contraire, développé aux dépens de l'élément nerveux. Il n'est pas possible de dire encore quels sont les caractères cliniques de ces variétés anatomiques; mais qu'il appartienne à l'une ou à l'autre espèce, il est certain que le gliome, opéré d'assez bonne heure, à la première ou à la deuxième période, guérit assez souvent.

5° CRISTALLIN

Aperçu général. — Au sujet du cristallin, nous n'avons à mentionner que la théorie par laquelle nous expliquons la luxation congénitale de la lentille chez les myopes.

Nous avons observé les yeux d'une famille dont l'histoire est rapportée dans la thèse de notre élève Grosfillez (Bordeaux, nov. 1900) et chez laquelle la mère et tous les enfants étaient atteints de luxation congénitale.

Cette luxation s'était produite surtout en bas et en dehors, c'est-à-dire que la pesanteur avait joué un certain rôle dans son étiologie, mais la cause principale était certainement dans la distension de l'œil, myope déjà dans la vie intra-utérine. Le ligament suspenseur n'avait pu suivre la coque de l'organe et la rupture de la zonule s'était produite. C'est donc par la myopie congénitale dont les yeux de toute cette famille étaient atteints que nous avons expliqué la luxation du cristallin et il y a dans cette explication un point original que nous devions signaler.

Nos autres publications ont trait à l'extraction du cristallin transparent que nous avons en France, après Vacher, été l'un des premiers à adopter.

105. Luxation congénitale du cristallin.

1° Marc F..., âgé de douze ans. Vers l'âge de trois ans, ses parents s'aperçurent que leur enfant n'y voyait que de très près et ne distinguait pas facilement les objets placés à une faible distance, et c'est pour cette diminution considérable de l'acuité visuelle qu'ils se sont décidés, le 3 novembre dernier, à amener l'enfant à l'hôpital des Enfants.

L'examen qui fut pratiqué ce jour-là permit en effet de reconnaître que l'acuité visuelle sans verre n'était pour D que de 1/10, et de 1/3 avec

le verre + 9 ; pour l'œil gauche, l'acuité visuelle sans verre et avec + 6. n'était que de 1/10.

L'examen à l'ophtalmomètre de Javal donna 2 dioptries pour l'œil droit, 1/2 dioptrie seulement pour l'œil gauche, d'astigmatisme cornéen régulier et conforme à la règle.

A l'ophtalmoscope, l'œil droit, fortement atropinisé, présente une dilatation pupillaire assez accusée, mais loin d'atteindre la dilatation maxima qu'on observe chez les enfants. Le cristallin apparaît dans le champ pupillaire en bas et en dehors, ne laissant voir dans le champ de la pupille que le quart de son étendue, si bien que le noyau du cristallin reste caché derrière l'iris. L'œil n'a pas l'aspect de l'œil myope, mais il existe un léger staphylome et un vestige d'inflammation choroïdienne à ce niveau.

Du côté gauche, le cristallin est dans un état d'ectopie plus accentué. Il est tout à fait derrière la pupille, même lorsque celle-ci est dans son état de dilatation maxima. Le cristallin est d'ailleurs très mobile, et il arrive qu'en remuant l'œil on le voit, dans une oscillation, venir occuper presque sa place normale. Comme le cristallin du côté opposé, il a gardé sa transparence.

L'examen ophtalmoscopique n'explique pas pourquoi l'acuité visuelle avec le meilleur verre ne monte pas au-dessus de 1/10. Pendant l'examen par la méthode de Donders avec les verres convexes appropriés, l'œil droit étant couvert, le sujet accuse du côté gauche de la diplopie qui tient à l'oscillation de son cristallin. C'est probablement cette diplopie monoculaire, cause d'une grande gêne, qui a conduit le malade à faire depuis sa naissance abstraction des images fournies par l'œil gauche, si bien qu'aujourd'hui le sujet se présente à nous avec une amblyopie de cet œil par défaut d'usage.

L'examen ophtalmoscopique ne laisse aucun doute sur l'affection oculaire dont ce malade est atteint. Il s'agit d'une luxation congénitale du cristallin.

Marc F... ne présente rien de bien particulier dans ses antécédents personnels . Il a eu la variole à sept ans, la rougeole aussitôt après, guéries rapidement. Notons une hernie inguinale double qu'il aurait eue à dix mois, mais dont nous ne retrouvons plus trace aujourd'hui. C'est un enfant d'aspect rachitique, mais qui ne présente aucune autre malformation congénitale. Il a, en outre, un phimosis marqué.

Les antécédents héréditaires sont plus intéressants.

2° La mère, âgée de trente-six ans, est atteinte comme ce jeune malade d'une luxation congénitale du cristallin, siégeant également en dehors, mais non en bas.

3° Une des sœurs du malade, âgée de quinze ans et demi, présente également une luxation congénitale du cristallin siégeant en haut et en dehors, et en même temps un rétrécissement mitral pur, probablement congénital.

Nous avons pu examiner tous ces malades qui tous ont en même temps qu'une luxation congénitale du cristallin de la myopie axile.

Nous croyons que la myopie congénitale joue un rôle prépondérant dans la pathogénie de la luxation ; il se produit, sous l'influence de l'allongement antéro-postérieur du globe de l'œil, une tension anormale de toutes les parties de l'enveloppe oculaire. La région ciliaire n'échappe pas à ce processus, et tous ses diamètres à ce niveau sont augmentés. Or le cristallin et son appareil suspenseur, développés toujours aux dépens du même nombre d'éléments anatomiques, présentent alors non pas une petitesse réelle, comme le voulait Schirmer, mais à un trop faible volume relativement à l'espace qu'ils doivent remplir. La zonule surdistendue cède alors, ou se laisse déchirer en un point, et le cristallin se déplace du côté qui a résisté.

106. **Cataracte nucléaire double, congénitale, traitée à droite par l'iridectomie; à gauche, par l'iritomie à ciel ouvert.** *Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, 17 décembre 1897.

Il s'agit d'un enfant de douze ans, chez lequel l'iritomie a donné un bien meilleur résultat que l'iridectomie. C'est pourquoi nous recommandons ce procédé dans les cas de cataracte congénitale, justiciables de la pupille artificielle.

107. **Cataracte nucléaire congénitale double; iritomie à ciel ouvert de l'autre.** *Société d'anat. et de physiol. de Bordeaux*, séance du 6 mars 1899.

Enfant de huit ans, atteint d'une double cataracte centrale, et chez lequel nous avons pratiqué, à droite, l'iritomie à ciel ouvert, à gauche l'iridectomie. Pour la vision de loin l'iritomie a eu l'avantage de donner une acuité d'ensemble un peu meilleure que l'iridectomie et surtout de pallier à droite le vice de réfraction (As. cornéen, 3 dioptries). Nous montrons les grands avantages que donne la pupille artificielle dans les cataractes centrales en conservant toutes les ressources de l'Accommodation.

108. Luxation du cristallin dans le corps vitré. Extraction. Retour complet de la vision. Présentation de malade.

Journal de médecine de Bordeaux, 30 juin 1895.

Observation relative à un malade présentant une cataracte hypermure ayant rompu spontanément ses attaches et s'étant luxée dans le corps vitré en bas, derrière l'iris, depuis plus d'un an. Il y avait une photophobie intense, des douleurs ciliaires orbitaires, bref tous les signes de la cyclite.

Ce cristallin put être extrait facilement sans iridectomie par la kératotomie inférieure. Il ne sortit pas une goutte de corps vitré; deux mois et demi après l'opération, l'acuité avec les verres + 11 et + 15 égale l'unité. Sa guérison est absolument parfaite.

Pour extraire avec la plus grande sécurité possible le cristallin ainsi luxé, nous conseillons de faire l'incision sur le point de la cornée le plus voisin du bord du cristallin. L'œil doit être placé de telle façon que le corps vitré, en se précipitant dans l'ouverture cornéenne, pousse le cristallin devant lui. L'incision de la cornée doit être juste assez large pour laisser passer la lentille et surtout doit être faite lentement; à mesure que l'humeur aqueuse s'écoule, on voit le cristallin s'avancer comme porté par le courant vers la porte de sortie.

109. Myopie forte. Extraction du cristallin transparent.

Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, séance de juillet 1896.

Il s'agit d'un cas de myopie double congénitale de 22 diopt. chez un enfant de 14 ans. Le fond de l'œil ne présentait pas de grandes lésions de scléro-choroïdite postérieure. L'acuité visuelle était réduite à 3/10. Pas d'antécédents héréditaires, ni familiaux.

Le cristallin transparent de l'œil droit a été extrait en 2 temps :
1° Discision large;
2° Quatre jours après, ablation des masses molles cristalliniennes, opacifiées tombées dans la chambre antérieure.

Six mois après cette extraction, l'œil droit possède une acuité visuelle de 7/10 après la correction d'une hypermétropie de 2 D.

De pareils cas sont à retenir, car l'extraction de cristallin transparent

est encore une opération discutée, que beaucoup d'ophtalmologistes considérables réprouvent.

C'est la raison pour laquelle nous signalons tous les faits ci-dessus recueillis dans notre seul service hospitalier. Nous avons plus souvent encore à nos malades particuliers pratiqué cette opération qui ne nous a donné que de bons résultats.

110. **Traitement de la myopie par l'extraction du cristallin transparent.** *Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, séance du 24 décembre 189 .

Nous avons pratiqué 8 fois cette opération sur des sujets de 9 à 28 ans, myopes de 18 à 26 D., avec acuité très faible. La malade que nous présentons avait une acuité OD — $V = \frac{1}{10}$; OG : $V = \frac{1}{7}$, avec le meilleur verre.

Actuellement, avec + 3, OD $V = \frac{1}{2}$; et avec + 7, lit couramment à 25 centimètres.

On remarquera dans ce fait la grande augmentation de l'acuité visuelle après l'opération, ce qui s'explique par les variations de l'angle visuel selon que le sujet est myope ou hypermétrope — et par le déplacement du point nodal dans l'œil aphaque qui voit avec un verre convexe. Nous avons du reste expliqué complètement notre manière de voir à ce sujet à propos du rapport de M. Pflüger à la Société française d'ophtalmologie, 1899.

111. **Extraction du cristallin transparent.** *Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, séance du 14 janvier 1898.

Nouveau cas d'extraction du cristallin transparent pour une myopie de 17 dioptries. L'acuité visuelle qui, avant l'intervention, n'était que de 2/10 avec les meilleurs verres, est remontée deux mois après à 5/10 avec verre + 3.

112. **Extraction du cristallin transparent.** *Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, séance du 25 mai 1900.

Cas de guérison d'une myopie forte par extraction du cristallin transparent.

6° GLOBE DE L'ŒIL

Aperçu général. — Nous appellerons l'attention sur le mémoire intitulé : *Des affections métastatiques de l'œil d'origine non microbienne* dont on trouvera ci-dessous l'analyse. Il concerne un cas de choroïdite ou mieux de chorio-rétinite survenu chez un enfant atteint de scarlatine. Pendant la période aiguë de cette affection, il se développa une masse blanchâtre, cotonneuse dans le corps vitré, simulant un gliome. Nous avons fait l'énucléation pendant la période *d'augment* de ce pseudo-gliome, c'est-à-dire avant que les microbes, s'il y en avait, aient eu le temps de disparaître; l'examen anatomique révèle des désordres histologiques de la rétine et de la choroïde qui ont été représentés sur une planche, et l'examen bactériologique, très attentivement fait, démontra qu'il n'y avait dans cet œil absolument aucun microbe. Il existe dans la science bien peu de faits analogues à celui-là.

Nous nous sommes occupé dans d'autres travaux des infections oculaires, et avons recommandé les injections sous-conjonctivales pour enrayer la marche de la kératite à hypopyon, de la panophtalmie, etc., etc.

Nous signalerons encore une étude d'ensemble sur les hémorrhagies intra-oculaires et une classification nouvelle et personnelle de ces hémorrhagies que nous divisons en trois catégories selon qu'elles surviennent dans l'un des trois cas suivants :

1° Sujet malade, œil sain;
2° Sujet sain, œil malade;
3° Sujet malade, œil malade.

Avec le Dr Pachon (de Bordeaux), nous avons étudié les effets à longue échéance de la résection expérimentale du ganglion cervical supérieur sur la tension oculaire et démontré que cette tension n'était que momentanément abaissée, ce qui s'accorde d'ailleurs avec ce que les chirurgiens ont observé après les interventions

sur l'homme et nous paraît d'un grand poids pour juger la valeur de la sympathectomie dans la thérapeutique du glaucome.

Mentionnons enfin, après un travail d'ensemble sur l'ossification dans l'œil, quelques expériences négatives faites pour greffer une matière cancéreuse dans l'œil du lapin.

113. Contribution à l'étude des affections métastatiques de l'œil d'origine non microbienne.

Communication faite à la *Société française d'ophtalmologie* (avec 1 planche). Session de mai 1896.

Les ophtalmies métastatiques consécutives aux affections générales ont été considérées par beaucoup d'auteurs comme constamment dues à des embolies bactériennes, à l'action directe des microbes pathogènes sur les milieux de l'œil. Roth avait cependant, avec raison, distingué de l'ophtalmie métastatique maligne à forme grave, une variété plus bénigne à laquelle il a donné le nom de rétinite septique chimique. Cette affection serait le résultat de l'action de toxines dues à l'empoisonnement général apporté dans l'œil par la circulation.

Nous rapportons un cas de ce genre. Il s'agissait d'une lésion oculaire survenue chez un enfant de deux ans pendant une grave affection générale. Cette ophtalmie était accompagnée d'un exsudat volumineux qui remplissait tout le corps vitré et présentait les symptômes du gliome rétinien.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'une dégénérescence muqueuse des cellules ganglionnaires de la rétine, de l'endothélium des vaisseaux choroïdiens et du tissu conjonctif de cette membrane. Un exsudat séro-albumineux avait envahi le corps vitré, décollé la rétine de la choroïde, rempli les interstices des feuillets de l'espace supra-choroïdal.

L'examen bactériologique pratiqué de la façon la plus attentive démontra qu'il n'existait, dans l'œil énucléé, aucun microbe.

Peu d'auteurs avaient jusque-là étudié avec une précision suffisante, l'anatomie pathologique et la pathogénie du pseudo-gliome.

114. Le rôle de l'auto-infection dans les maladies oculaires.

Réponse au rapport de M. le professeur Panas. *Société française d'ophtalmologie.* Congrès de mai 1897.

On peut diviser les maladies oculaires par auto-infection en trois catégories.

Les maladies causées par des toxines non microbiennes, comme la rétinite diabétique ou albuminurique ;

Les maladies causées par des toxines microbiennes sans pénétration dans l'œil des micro-organismes. Nous avons soulevé la question en relatant l'année précédente un cas qui, malgré les contradictions qu'il a soulevées, nous paraît démonstratif ;

Les maladies consécutives à la pénétration des micro-organismes dans le globe oculaire. Ces dernières sont de beaucoup les plus communes.

Il nous paraît que l'éminent rapporteur n'a pas suffisamment tenu compte de ces trois catégories d'infection.

Pour ce qui concerne la kératite interstitielle, nos observations personnelles sont favorables à la théorie d'Hutchinson. Nous avons trouvé la syphilis dans 86 p. 100 des cas.

115. Panophtalmie jugulée par une injection sous-conjonctivale de cyanure de mercure.

Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, séance du 14 juin 1897.

Malade auquel nous avons pratiqué quatre injections sous-conjonctivales de solution de cyanure de mercure à 1 p. 100, pour juguler une panophtalmie consécutive à un traumatisme infectant.

Nous faisons ressortir les bons effets des injections sous-conjonctivales de cyanure de mercure qui ont donné à notre malade une guérison complète.

116. De l'énucléation dans la panophtalmie.

Journal de médecine de Bordeaux, n° 48, p. 533, 1892.

Cette étude, s'appuyant sur des faits personnels, a pour conclusion la nécessité de l'énucléation dans la panophtalmie, à moins que l'état général du malade ne constitue une contre-indication à toute intervention chirurgicale. Ce travail contient, la critique de l'exentération proposée par Coppez, de l'évidement de Truc et de l'ablation du corps vitré suppuré de Chibret.

Nous insistons surtout sur la bénignité et la facilité dans tous les

cas de l'énucléation, qu'un assez grand nombre d'oculistes considèrent à tort comme une opération susceptible de complications.

117. Valeur de l'exentération du globe oculaire au point de vue de la prothése. Présentation de malade.

Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, juillet 1892.

Il s'agit d'une homme atteint d'une affection oculaire, entraînant la phtisie du globe, chez lequel nous avons pratiqué l'exentération de l'œil avec suture en bourse, de préférence à l'énucléation, cette dernière opération ne donnant pas un moignon aussi mobile, aussi facile à coiffer, aussi apte à supporter l'œil artificiel. Le résultat a été très satisfaisant: mobilité en tous sens et très étendue, indolence complète du moignon.

118. Corps étranger de l'œil ayant séjourné pendant sept ans dans la région ciliaire sans entraîner de phénoménes sympathiques.

Annales de la policlinique de Bordeaux, novembre 1894, p. 261.

Observation concernant un malade qui présentait une cicatrice large et déprimée au niveau de la région ciliaire, une occlusion complète de la pupille et un décollement total de la rétine. L'œil extrait, on trouva derrière le cristallin un nodule fibroïde renfermant un morceau de bronze irrégulier, ovoïde, plat, long de 7 millimètres et large de 4, présentant une surface lisse et l'autre couverte d'aspérités.

Le malade fut opéré, sur sa demande, quoique depuis son accident aucun accident irritatif ne se fût produit.

119. Des hémorrhagies intra-oculaires. Classification nouvelle de ces hémorrhagies.

Bulletin médical, décembre 1898, p. 1171.

A propos d'un hémophile jeune présentant de graves hémorrhagies dans l'œil, nous étudions les diverses conditions dans lesquelles surviennent les hémorrhagies intra-oculaires, notamment les hémorrhagies spontanées des adolescents, et nous proposons la classification suivante :

1ère Variété : sujet malade, œil sain; cette variété comprend les hémorrhagies qui surviennent chez les adolescents, les épistaxis intra-

oculaires, selon l'heureuse expression du professeur Panas ; elles sont d'habitude liées aux troubles qui accompagnent la puberté, à diverses intoxications, phosphaturie, etc.

2me Variété : sujet sain, œil malade ; ce sont les hémorrhagies qui surviennent comme complication d'une affection oculaire locale, alors que l'organisme est indemne ; celles qui compliquent la myopie, l'évolution de certains néoplasmes, etc., elles sont relativement rares.

3me Variété : sujet malade, œil malade. Ce sont les plus communes ; ce sont celles qui accompagnent le diabète, l'artério-sclérose, les affections cardiaques, rénales, etc.

120. Des effets à longue échéance de la résection expérimentale du ganglion cervical supérieur sur la tension oculaire[1].

XIIIe Congrès international de médecine (En collaboration avec M. Pachon.)

L'extirpation expérimentale du ganglion cervical supérieur chez le chien produit, entre autres phénomènes, tout un syndrome de troubles oculaires bien connus : enfoncement de l'œil, diminution de la fente palpébrale, rétrécissement de la pupille, etc. Parmi ces troubles prend rang une *hypotonie* marquée du globe oculaire, du côté opéré. Cette hypotonie a été précisément, ces dernières années, l'objet d'études relatives au glaucome.

Or, parmi les troubles consécutifs (chez les animaux tels que le chien et le lapin) soit à la section du sympathique cervical, soit à l'extirpation du ganglion cervical supérieur, il en est, on le sait, qui sont persistants, d'autres passagers. Le rétrécissement de l'ouverture palpébrale, la diminution du diamètre pupillaire, sont parmi les troubles durables. Les phénomènes vaso-dilatateurs de la conjonctive et du pavillon de l'oreille sont, au contraire, parmi les troubles qui vont s'atténuant, pour finir par disparaître.

Dans ces conditions, il était intéressant de rechercher si l'hypotonie oculaire consécutive à l'extirpation du ganglion cervical supérieur entrait dans le groupe des phénomènes durables ou dans celui des phénomènes passagers produits par ce traumatisme.

Le chien (chien des rues de 15 kilog., sexe féminin), qui a été mis

1. Communication, avec présentation d'animal, faite par M. Pachon à la Section de Physiologie.

en expérience, a subi, du côté gauche, l'extirpation du ganglion cervical supérieur le 4 février 1898, soit il y a 30 mois. Les phénomènes immédiats et habituels furent excessivement nets. L'ensemble de signes oculaires présentés par l'animal permettent à tout physiologiste de reconnaître les stigmates de l'extirpation du ganglion cervical supérieur : l'œil gauche est enfoncé, la fente palpébrale gauche présente une ouverture remarquablement plus petite que la fente palpébrale droite, l'orifice pupillaire gauche est nettement rétréci.

Immédiatement après l'extirpation du ganglion sympathique cervical, le globe oculaire du côté opéré a présenté chez notre chien une hypotonie très nette comparativement à la tension de l'œil du côté sain. Cette hypotonie a été très manifeste pendant un mois. La tension oculaire était explorée soit par la palpation digitale simple, suivant la technique ordinaire, soit à l'aide du tonomètre de Fick (type Ostwalt, construit par Verdin). Pendant tout le premier mois l'exploration tonométrique a donné des oscillations de l'aiguille inscriptrice variant pour l'œil droit (côté sain) de + 22 à + 24, et pour l'œil gauche (côté opéré) de + 16 à + 18. A la palpation digitale, différences de tension correspondantes, très bien ressenties.

Quelques semaines après l'intervention expérimentale, l'hypotonie première avait complètement disparu.

121. De l'ossification dans l'œil.

Société d'anat. et de phys. de Bordeaux, 10 avril 1899.

Après un exposé historique complet de la question, nous avons successivement étudié l'ossification :

1° Dans le tractus uvéal ; 2° dans le cristallin ; 3° dans la rétine ; 4° dans le corps vitré ; 5° dans les exsudats inflammatoires. Ce travail, basé sur un grand nombre d'observations personnelles et sur des examens histologiques nombreux, nous a permis, en les rapprochant des observations antérieurement publiées, de comprendre le processus pathogénique de l'ossification. Au point de vue clinique, il ressort de notre étude que les moignons qui contiennent du tissu osseux sont souvent douloureux et peuvent provoquer des phénomènes sympathiques du côté opposé.

Trois figures originales accompagnent cette présentation.

122. **Inoculation du cancer dans le corps vitré du lapin. Résultat négatif.**

Soc. d'anat. et de phys. de Bordeaux, 10 novembre 1890.

Nous avons inoculé de la matière cancéreuse mélanique à des lapins. Tout d'abord nous en avons injecté dans la chambre antérieure, le résultat fut négatif. En présence de cet échec, nous avons introduit de petits fragments cancéreux dans le corps vitré, à travers une incision faite à la sclérotique. L'examen des pièces permet de voir que les petits fragments se sont simplement enkystés. Ils ont entraîné si peu de réaction que la vue des animaux vivants est restée intacte.

7° MUSCLES DE L'ŒIL.

Aperçu général. — Au sujet des muscles de l'œil, nous indiquerons des cas d'ophtalmoplégie nucléaire, congénitale ou non congénitale, des paralysies traumatiques par fracture du rocher selon le mécanisme mis en évidence par M. le professeur Panas dans ses remarquables travaux sur la question, mais nous croyons surtout devoir tout particulièrement appeler l'attention sur le procédé nouveau que nous avons imaginé pour examiner et contrôler la vision binoculaire.

On trouvera ci-dessous, avec des figures à l'appui, la description de ce procédé qui nous est personnel.

123. **Ophtalmoplégie nucléaire.**

Annales de la policlinique de Bordeaux, n° 5, 1890.

Il s'agit d'un homme de 32 ans, ayant des antécédents syphilitiques. Le début de l'affection remonte en août 1889. Il fut assez brusque. Tous les muscles oculo-moteurs du côté gauche furent paralysés, y compris l'élévateur de la paupière. A la suite d'un traitement iodohydrargirique, le ptosis disparut; depuis aucune autre amélioration.

En janvier 1891, l'état est le suivant : à gauche, paralysie absolue

de l'accommodation et des réflexes iriens. Les quatre muscles droits sont complètement paralysés; les deux obliques assez fortement parésiés. L'élévateur palpébral est normal. A droite, le droit externe seul est paralysé.

Dans un numéro ultérieur des *Annales,* nous indiquons les résultats du traitement (iodure, frictions, mercure, électricité).

Au bout de trois mois, le droit externe de l'œil droit a repris ses fonctions. Du côté gauche, les deux obliques seuls se sont un peu améliorés; les quatre droits et les intrinsèques sont restés complètement paralysés.

Cette observation est intéressante. Il s'agit là en effet d'une ophtalmoplégie mixte complète, limitée à l'œil gauche et accompagnée d'une paralysie isolée de la 6e paire droite, qui a évolué séparément et a guéri très rapidement. D'autre part, le siège de l'affection ne peut être ni dans l'orbite, ni à la base du crâne, ni dans les centres corticaux; il ne peut non plus s'agir d'une ophtalmoplégie sus-nucléaire, car, dans ce cas, l'affection serait bilatérale. Nous arrivons, par exclusion, à placer la lésion dans les noyaux protubérantiels. Il s'agit donc d'une ophtalmoplégie nucléaire unilatérale extrinsèque et intrinsèque et c'est là un fait vraiment curieux. Dans un deuxième cas, il s'agit d'un cas d'ophtalmoplégie double, affectant uniquement les muscles extrinsèques et d'origine congénitale, ou du moins remontant à la première enfance.

124. **Contribution à l'étude de l'ophtalmoplégie. Ophtalmoplégie nucléaire double, affectant uniquement les muscles extrinsèques.**

Annales de la policlinique de Bordeaux, janvier 1892.

Cette observation très intéressante concerne un malade qui depuis son enfance était atteint d'un double ptosis. Il était en outre dans l'impossibilité absolue de mouvoir ses yeux, obligé de déplacer sa tête lorsqu'il voulait changer le point de fixation. Il ne possédait pas la vision binoculaire et regardait avec des yeux hagards d'une immobilité étrange.

Il est difficile de découvrir la cause de cette affection; ses antécédents sont excellents ainsi que ceux de ses ascendants. D'après les réponses du malade, l'affection remonte à une époque difficile à préciser, peut-être est-elle congénitale, peut-être a-t-elle été occasionnée par quelques accidents méningitiques ou cérébraux de la première enfance.

A part un astigmatisme assez notable, l'acuité visuelle est bonne, l'accommodation est normale, les réflexes accommodatifs et lumineux sont conservés. Aucune paralysie des muscles.

Nous avons employé la méthode de Dransart pour le redressement des deux paupières avec un très bon résultat.

Cette observation est vraiment curieuse, elle est conforme à la conception de Kahler et Pick, relativement au siège des noyaux des nerfs moteurs de l'œil. La dissociation des muscles extrinsèques et des muscles intrinsèques y apparaît avec toute l'évidence possible.

125. **Paralysie congénitale du droit externe de l'œil gauche.**

Annales de la policlinique de Bordeaux, 1893, n° 15, p. 5.

Cette observation concerne un enfant de 11 ans qui présente une paralysie complète et unilatérale du droit externe de l'œil gauche. Cette paralysie a été reconnue par les parents dès le plus jeune âge de l'enfant. Procédant par élimination, on est conduit à conclure à une malformation congénitale du muscle moteur oculaire externe; de pareils faits sont très rares; ils expliquent les cas très exceptionnels de strabisme congénital.

126. **Paralysie du droit externe consécutive à une fracture du rocher.** *Soc. d'ophtalmologie de Bordeaux*, 19 décembre 1893, et *Archives cliniques de Bordeaux*, mai 1894.

Fracture du rocher gauche consécutive à un traumatisme ayant porté sur la région temporale; déchirure, destruction ou compression du nerf moteur oculaire externe sur le bec du rocher; paralysie définitive du droit externe correspondant.

Cette observation est à ajouter à celles qui ont été signalées pour la première fois par M. le professeur Panas, sur ce sujet, en 1875. On trouve dans ce mémoire une étude d'ensemble de cette question.

127. **Paralysie du droit externe consécutive à une fracture du rocher.** *Soc. d'ophtalmologie de Bordeaux*, séance du 1er avril 1894.

Nous avons présenté un malade atteint de paralysie du droit externe consécutive à une fracture du rocher, consécutive à un traumatisme ayant porté sur la région temporale, et ayant produit la destruction ou la compression du nerf moteur oculaire externe.

128. Ophtalmoplégie congénitale.

Société française d'ophtalmologie. Congrès 1901.

Ce cas est remarquable par la coexistence d'une paralysie complète et concomitante des deux droits externes et du facial supérieur de chaque côté.

L'étude des réactions électriques a montré qu'il s'agit d'une lésion centrale en ce qui concerne la paralysie faciale, et il est certain que les muscles droits de l'œil ont été atteints en même temps et de la même façon que le nerf facial.

Ce fait apporte une nouvelle preuve à l'appui de l'opinion de Mathias Duval, qui considère le facial supérieur comme provenant du même noyau que le moteur oculaire externe, opinion contestée jusqu'ici par beaucoup d'auteurs.

129. Traitement du strabisme. Nouveau procédé pour l'examen et le contrôle de la vision binoculaire.

Société de médecine de Bordeaux, 30 juin 1899.

Dans ce mémoire, nous étudions les diverses indications du traite-

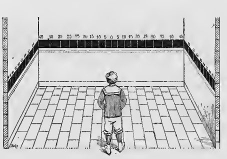


Fig. 2.

ment du strabisme et nous faisons connaître un procédé nouveau pour l'examen et le contrôle de la vision binoculaire.

Ce procédé que nous appelons procédé de la bande de fusion est le suivant :

Sur le mur de notre salle de consultation nous avons fait peindre une large bande noire (*fig 2*), laquelle porte des divisions représentant les

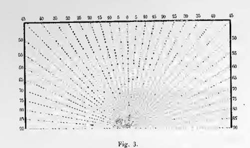


Fig. 3.

tangentes d'angles de 5° en 5°, dont le sommet serait situé à 2 mètres en face du milieu de la bande où est le numéro o. Cette bande murale est analogue, d'ailleurs, aux rubans de Landolt pour la mesure de la diplopie. On peut graduer simplement cette bande de la façon suivante : un périmètre étant placé à deux mètres du mur, l'arc dirigé dans le sens horizontal, on fixe à son centre l'extrémité d'une corde que l'on tend jusqu'à la bande à graduer. Au point de contact de la corde et de la bande, on mettra la division de l'arc périmètrique située en regard de la corde. Il suffit de faire cette graduation de 5° en 5°. Comme il est difficile d'avoir à sa disposition une paroi murale très longue, on utilise les parois latérales de la façon qui est indiquée sur la *figure 3*. Dans cette figure, le centre d'où partent les traits pointillés est à 2 mètres du point o et aussi à 2 mètres des chiffres 90. Un simple calcul suffira à établir la valeur de la tangente à inscrire sur la muraille; mais on pourra même éviter ce calcul en plaçant un périmètre ordinaire au point d'où partent les lignes pointillées et en tendant, du centre du périmètre vers le mur, la corde dont nous venons de parler (*fig. 3*).

Voici maintenant comment on se sert de cette bande murale :

Le sujet étant placé à 2 mètres en face le o, c'est-à-dire de façon

qu'il occupe le sommet des angles dont les tangentes sont indiquées sur la bande murale, nous l'invitons à couvrir un de ses yeux d'un verre rouge et nous lui montrons une bougie allumée que nous tenons en face le o. S'il ne voit qu'une bougie rose, c'est qu'il fusionne pour la ligne médiane. Lui faisant tenir la tête immobile par un aide, nous l'invitons à suivre des yeux la bougie que nous déplaçons en face la bande. Tant qu'il fusionnera, il verra cette bougie rose. Dès qu'il ne fusionnera plus, cette bougie changera de couleur. Elle deviendra blanche ou rouge, selon le cas : blanche quand elle sera vue seulement avec l'œil découvert, rouge quand elle sera vue seulement avec l'œil couvert du verre rouge. Le degré

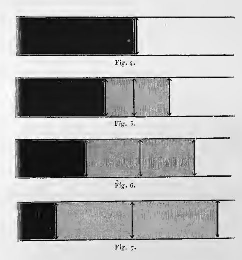


Fig. 4.

Fig. 5.

Fig. 6.

Fig. 7.

de la bande en face lequel se produira ce phénomène indiquera la limite du fusionnement (*fig. 2*).

En opérant ainsi des deux côtés du o, nous obtenons l'étendue angulaire de la vision binoculaire. C'est ainsi que nous contrôlons l'existence de cette fonction chez nos malades.

Selon l'étendue plus ou moins grande de la vision binoculaire dans le champ du regard, cette bande de fusion est plus ou moins étendue.

Ce test de la vision binoculaire présente donc cet avantage, qu'en même temps qu'un *contrôle qualitatif il comporte un contrôle quantitatif.*

Nous faisons souvent ce contrôle quantitatif chez nos sujets soumis aux exercices stéréoscopiques, car il nous montre les progrès réalisés par eux. Cette bande de fusion annexée à l'observation de nos malades est donc de première importance. On peut ainsi, en quelque sorte, toucher du doigt les différentes phases par lesquelles a passé le malade avant d'arriver au rétablissement complet de la vision binoculaire.

Les quatre figures 4, 5, 6, 7 montrent les diverses étapes par lesquelles passent les malades avant de retrouver le fusionnement complet.

Notre élève, le D[r] Cosse, a longuement développé ce procédé dans sa thèse inaugurale (Bordeaux 1899) sur le traitement du strabisme.

130. **Dix cas de strabisme monolatéral excessif redressé par le reculement et l'avancement musculaire.**

Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 25 mai 1894.

La correction a été exacte dans ces dix cas. La ténotomie et l'*avancement musculaire* ont été pratiqués sur l'œil dévié seulement. Lorsque l'œil opéré est très amblyope il n'y a pas à craindre, chez l'adulte, qu'une correction parfaite d'emblée ne soit suivie plus tard d'un strabisme externe.

131. **Strabisme monolatéral excessif redressé par le reculement et l'avancement musculaire. Amblyopie très forte de l'œil opéré. Amélioration après l'opération. Présentation de malade.**

Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 8 juin 1894.

Strabique de 26 ans avec déviation très marquée de l'œil droit que nous avons redressée par la double opération du reculement et de l'avancement. La malade était, avant l'opération, amblyope au point qu'elle ne comptait pas même les doigts à un mètre ; depuis l'opération, elle déclare que sa vue a beaucoup augmenté. L'amblyopie existait sans lésion du fond de l'œil et sa disparition est uniquement due à l'usage que la malade a fait de son œil depuis l'intervention chirurgicale.

132. **Exercices stéréoscopiques dans la cure du strabisme. — Valeur de l'avancement capsulaire dans l'insuffisance de convergence.**
Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, séance du 11 mai 1900.

Cinq malades qui ont bien voulu, après l'opération du strabisme, se prêter aux exercices stéréoscopiques ; en quelques mois, ils ont recouvré la vision binoculaire. Sur 50 sujets qui ont voulu s'y soumettre, nous n'avons rencontré que 3 cas rebelles à ce traitement. Nous cherchons dans cette communication à vulgariser la méthode trop peu utilisée que Javal nous a fait connaître.

133. **Deux cas de strabisme guéris avec prompt retour de la vision binoculaire.** *Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, séance du 30 novembre 1900.

Présentation de deux malades chez lesquels la vision binoculaire a été en quelques jours restaurée par les exercices stéréoscopiques.

8° NERFS DE L'ŒIL

Aperçu général. — Au sujet des nerfs de l'œil, nous mentionnerons nos publications sur l'arrachement du nerf nasal externe, opération imaginée par Badal, au sujet de laquelle nous avons écrit un assez long travail clinique, richement documenté, et précédé d'une étude anatomique du nerf nasal externe.

Nous croyons devoir plus spécialement attirer l'attention sur l'étude que nous avons faite des tumeurs du nerf optique et la description d'un procédé nouveau permettant d'enlever ces tumeurs sans sacrifier le globe oculaire.

134. **L'arrachement du nerf nasal externe dans les douleurs ciliaires et la névralgie du trijumeau.**
Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux, 27 juillet 1884, n° 30, p. 361-372.

Après avoir rappelé le mémoire du professeur Badal et les travaux de Trousseau, d'Abadie, de Brière et d'Amanieu, nous publions toute

une série d'observations qui démontrent la valeur thérapeutique de l'arrachement du nerf nasal externe. Nous en concluons :

1° L'arrachement du nerf nasal externe exerce une action très efficace sur les douleurs ciliaires;

2° On pourra compter sur la guérison dans tous les cas où l'on ne s'adressera qu'à l'élément douleur et non aux troubles de la vision qu'entraînent les lésions graves des membranes profondes (choroïdite, rétinite, etc., etc...);

3° Cette action spéciale et si remarquable de l'arrachement du nerf nasal externe doit être expliquée par les relations de ce tronc nerveux avec le ganglion ophtalmique d'où partent les nerfs sensitifs du globe oculaire.

4° L'arrachement peut agir de deux façons : ou bien par action réflexe, ou bien par une véritable solution de continuité produite, au moment de l'effort opératoire, entre la racine sensitive de l'ophtalmique et le tronc même du nerf nasal.

5° Dans la névralgie du trijumeau, l'arrachement du nasal ne possède aucune valeur spéciale. La facilité et la bénignité de l'acte opératoire seules le recommandent au chirurgien.

135. L'opération de Badal.

Archives d'ophtalmologie, janv.-fév., mars-avril 1886.

Ce travail a pour objet l'élongation du nasal externe. Il est basé sur 81 observations inédites.

Les conclusions qui s'en dégagent sont les suivantes :

1° Dans la névralgie de la branche ophtalmique de Willis, l'arrachement du nerf nasal donne d'aussi bons résultats que les opérations faites sur le nerf frontal.

2° Dans le glaucome aigu, l'arrachement du nasal abaisse presque toujours la tension, supprime les douleurs et donne souvent la guérison définitive. Dans le glaucome chronique, les effets sont incertains et les résultats définitifs généralement médiocres.

3° Dans les douleurs ciliaires aiguës (iridocyclite traumatique, enclavement de l'iris, etc.), l'arrachement du nasal est une opération excellente. Souvent elle dispensera d'une énucléation devenue nécessaire. Dans les douleurs ciliaires chroniques, ses résultats, moins bons, sont

cependant assez encourageants pour qu'on doive y recourir dans tous les cas.

Ce mémoire contient une figure originale et personnelle montrant les rapports du nerf nasal externe et la distribution de ses rameaux.

136. **Arrachement du nerf nasal externe dans un cas de glaucome aigu**

Journal de médecine de Bordeaux, 1892, p. 54.

Observation relative à un homme de 60 ans ayant perdu la vision de l'œil droit à la suite d'un traumatisme. L'arrachement du nerf nasal externe est pratiqué après un traitement médical inefficace, et depuis l'opération le malade n'a plus ressenti aucune souffrance.

137. **Arrachement du nerf nasal externe dans un cas de douleurs ciliaires très aiguës avec enclavement de l'iris. — Disparition complète des douleurs. — Présentation de malade.** *Soc. méd. et chirurg. de Bordeaux*, novembre 1891.

Malade chez lequel la cessation des douleurs a été immédiate et paraît devoir être définitive.

138. **De la conservation du globe de l'œil dans l'extirpation des tumeurs du nerf optique. — Description d'un procédé nouveau.**

Congrès français de chirurgie, 18 au 23 avril 1892.

Les tumeurs du nerf optique se divisent en tumeurs secondaires propagées au nerf optique et en tumeurs primitives siégeant dans le nerf seul.

Nous ne nous occupons ici que des tumeurs malignes primitives. Au point de vue anatomo-pathologique, ce sont des sarcomes avec leurs nombreuses variétés.

On peut d'assez bonne heure faire le diagnostic, grâce à certains signes absolument opposés à ceux des tumeurs malignes du globe.

Le plus souvent on a, avec perte de la vision et exophtalmie, la conservation complète des mouvements du globe. La propagation se fait vers le crâne, jamais vers la papille. L'œil est détruit par pression, non par envahissement de ses membranes et toujours assez tard. Il y a absence d'adhérences avec les organes de la loge postérieure de l'orbite, si bien, fait très important, que, même assez tard, les tumeurs du nerf optique sont curables.

Du fait de l'intégrité du globe et du défaut d'adhérences, le traitement

opératoire doit aboutir à l'extirpation complète de la tumeur, mais avec conservation du globe.

Il est évident qu'on ne doit intervenir que si le néoplasme est limité exclusivement à la cavité orbitaire.

Étant donné l'intégrité de l'œil qu'il faut conserver en vue de la prothèse, nous avons proposé un procédé nouveau que voici :

L'angle externe est débridé par une incision d'un centimètre et demi environ. On passe dans chaque paupière un fil qui sert à l'écarter. La conjonctive bulbaire est incisée depuis l'insertion du droit supérieur jusqu'à celle du droit inférieur. Le muscle droit externe est désinséré ; on passe à son extrémité un fil de soie, confié à un aide.

On pénètre alors dans la loge postérieure de l'orbite et l'on énuclée la tumeur soit avec le doigt, soit avec la sonde cannelée. Cette énucléation est facile, étant donné l'absence d'adhérences. Lorsque la masse est libérée le plus possible, on porte à sa partie postérieure, au moyen d'une aiguille courbe de Cooper ou de Deschamps, un fil que l'on place le plus près possible du trou optique. Tirant alors sur le fil, on sectionne le nerf au ras du trou avec des ciseaux courbes.

Cela fait, il est facile d'attirer la masse en avant et en dehors, le globe bascule en bas et en dedans et le chirurgien a devant lui la face postérieure du globe. La tumeur étant détachée au ras de l'œil, celui-ci est basculé en sens inverse du premier mouvement, réintégré à sa place normale dans l'orbite ; après quoi, on suture à la soie ou au catgut fin le tendon du droit externe à la conjonctive.

Ce procédé, qui ne ressemble en rien à celui de Knapp, n'est utilisable dans la chirurgie rétro-bulbaire que pour les tumeurs du nerf optique, mais pour ces tumeurs il est certainement supérieur à l'opération de Kronlein, d'ailleurs indispensable en d'autres cas.

Le malade opéré par le procédé que nous venons de décrire a été présenté à la Société de médecine de Bordeaux qui a pu constater le bon résultat de l'intervention.

139. Un cas de myxo-sarcome des gaines du nerf optique.

Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, séance du 8 janvier 1894.

Nous publions l'observation clinique du malade, et nous montrons les préparations histologiques de la tumeur. Le nerf optique était intact ;

le néoplasme n'y avait pas pénétré ; autour du nerf, on distingue nettement la gaine pie-mérienne épaissie. Nos préparations montrent que la tumeur s'est développée dans la gaine externe du nerf, et qu'elle est composée de tissu sarcomateux à type embryonnaire avec quelques îlots de dégénérescence muqueuse.

140. **Note anatomo-pathologique sur un cas de myxo-sarcome du nerf optique.**

Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, séance du 25 janvier 1892.

Préparation histologique d'un myxo-sarcome du nerf optique. Nos coupes pratiquées transversalement, perpendiculairement à l'axe du néoplasme et du nerf optique, nous ont permis de reconnaître :

1° Une tunique enveloppante, d'une épaisseur variable plus ou moins envahie par la néoplasie ;

2° Un tissu pathologique ne laissant rien voir du tissu nerveux préexistant ;

3° Quelques cavités dues à la fonte muqueuse de ce tissu.

Nous avons procédé à l'examen complet des différentes parties constituant le néoplasme et de sa disposition générale.

9° ORBITE

Aperçu général. — Nous avons à citer ici en premier lieu le procédé nouveau que nous avons l'année dernière imaginé pour réaliser l'hétéroplastie orbitaire après l'énucléation et rendre la prothèse facile et vraiment esthétique.

Ce procédé consiste à enfouir un œil de lapin dans la capsule de Tenon en ramenant au-devant de lui les muscles et la conjonctive. On ne le confondra pas avec l'opération faite par le professeur Terrier, Rohmer, Chibret et consistant à placer un œil vivant dans la capsule de Tenon avec le désir de le faire vivre, sans recouvrir la cornée et l'espoir de lui faire, à lui tout seul, jouer un rôle esthétique complet.

Outre plusieurs observations diverses, nous avons publié, à la Société de chirurgie, deux faits curieux de tumeurs dermoïdes dans l'orbite, et dans l'un d'eux nous avons fait ressortir les dangers qu'il y a à disséquer complètement la poche ainsi qu'il est prescrit pour les dermoïdes en général.

Une observation d'hydropisie enkystée de la bourse de Tenon, un gros ostéome de l'orbite opéré avec succès, un cas de sarcome embryonnaire, un fait très rare de gliome de l'orbite nous ont donné l'occasion d'écrire des mémoires à leur sujet. Parmi ces travaux, nous signalerons un cas de carcinome péribulbaire (avec planche) qui est le seul exemple que nous connaissions de tumeur maligne provenant de la conjonctive et entourant complètement l'œil sans le détruire.

Enfin, nous appellerons particulièrement l'attention sur un mémoire d'ensemble dans lequel nous avons réuni tous les faits de tumeurs mélaniques primitives de l'orbite, c'est-à-dire de tumeurs mélaniques indépendantes du tractus uvéal et de l'œil. Nous avons pu démontrer que ces tumeurs mélaniques primitives de l'orbite étaient moins graves que celles qui atteignent secondairement l'orbite et siègent primitivement dans l'œil, et nous avons émis l'hypothèse de deux pigments au point de vue clinique, comme il en existe deux au point de vue anatomique, celui qui est d'origine hématique et celui qui vient de cellules pigmentées préexistantes.

Il est certain qu'il y a en clinique des tumeurs mélaniques qui guérissent bien; nous avons, dans plusieurs travaux, défendu cette idée, sans pouvoir encore en donner une démonstration absolue, que le pigment d'origine hématique était celui que contenaient les mélanomes relativement bénins.

141. **Hétéroplastie orbitaire par la greffe d'un œil de lapin dans la capsule de Tenon**

Annales d'oculistique, mars 1901.

Dans ce mémoire, j'ai rappelé les efforts faits depuis longtemps par les oculistes pour obtenir une bonne prothèse et je propose de greffer

un œil vivant dans la capsule de Tenon, en suturant au-devant de lui les muscles d'abord, la conjonctive ensuite.

Nous rapportons trois observations démonstratives dans lesquelles la greffe a donné un excellent résultat. Après la greffe l'œil s'atrophie, perd environ la moitié de son volume, mais permet une prothèse parfaite au point de vue du volume et de la mobilité.

Pour mener à bonne fin la petite opération que nous recommandons, nous croyons qu'il faut se placer dans certaines conditions et l'exécuter comme suit :

1° En faisant l'énucléation de l'œil malade, il faut placer un fil sur chacun des muscles droits pour empêcher leur rétraction et les avoir toujours sous la main;

2° Après l'énucléation, bien arrêter l'hémorrhagie qui se produit dans la capsule de Tenon; une irrigation d'eau glacée, l'eau oxygénée, le tamponnement prolongé un certain temps permettront toujours d'atteindre ce résultat, mais il est essentiel de l'obtenir; un épanchement de sang autour de l'œil greffé peut en empêcher la réunion;

3° Choisir un œil de lapin de moyen ou de petit volume appartenant à un animal encore jeune, chez lequel on pratique l'énucléation avec une antisepsie très soignée.

4° Introduire cet œil dans la capsule de Tenon, et, au-devant de lui, suturer les muscles par paires avec des fils de soie fins ou de catgut; veiller à ce que les muscles soient bien étalés et non enroulés à la surface du globe transplanté;

5° Par-dessus les sutures musculaires qui ont pour résultat d'attirer au-devant de l'œil greffé la capsule de Tenon, on suture la conjonctive à points séparés assez rapprochés; quatre points seront habituellement nécessaires;

6° L'opération sera terminée par un pansement occlusif ordinaire et les fils conjonctivaux enlevés environ à la fin de la première semaine.

Tel est le procédé d'hétéroplastie orbitaire que nous croyons avoir le premier utilisé, et que nous nous proposons d'étudier encore.

142. **Hétéroplastie orbitaire par greffe d'un œil de lapin dans la capsule de Tenon.** *Soc. de méd. et de chirurgie de Bordeaux*, 23 novembre 1900.

Présentation de trois malades opérés par ce procédé avec un résultat très satisfaisant.

143. Du phlegmon de l'orbite.

Clinique chirurgicale, recueillie par M. Jules FERRIER, interne du service.
Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux, 21 septembre 1884, n° 38, p. 45.

Homme atteint de phlegmon de l'orbite, consécutif à un érysipèle enté sur une rhinoplastie.

Quelques jours après l'opération survint un érysipèle qui, des bords de la plaie opératoire se propageant aux paupières, détermina tout d'abord l'œdème, puis l'inflammation, enfin la suppuration du tissu cellulaire; l'incision des deux paupières entraîna l'évacuation de pus mélangé de sang. Le lendemain, on constatait une saillie considérable du globe oculaire; la cornée était insensible, les paupières rouges et énormément œdématiées. A la partie externe de l'œil, il existait un point où l'on percevait assez nettement la fluctuation; enfin, vers l'angle interne de l'œil se dessinait, sous la peau, une saillie rougeâtre, indice probable d'une thrombose veineuse. Ces symptômes locaux, accompagnés de fièvre, de frisson, de céphalée, firent poser le diagnostic de phlegmon de l'orbite.

Nous avons fait dans cette clinique l'historique complet de la question; nous exposons les symptômes de l'affection, et insistons sur le diagnostic différentiel avec les affections susceptibles d'être confondues avec le phlegmon de l'orbite, et en particulier sur l'inflammation aiguë de la bourse séreuse de Tenon et la thrombo-phlébite orbitaire.

Enfin dans le traitement nous faisons ressortir les bons résultats que donne l'énucléation, qui, dans le cas particulier, a procuré en 4 jours la disparition rapide des phénomènes généraux et la guérison du malade.

144. Ténonite séreuse de l'œil gauche d'origine rhumatismale. Guérison.

Archives d'ophtalmologie, septembre 1893.

Une femme âgée de 46 ans, ayant des antécédents rhumatismaux héréditaires et personnels, est prise subitement de douleurs vives dans l'œil gauche, s'irradiant dans la tempe et la partie gauche de la tête. Les mouvements du globe sont douloureux, nuls en dehors, limités en dedans. Un peu de congestion du fond de l'œil; pas de battements, ni pouls veineux.

Exophtalmie. Chémosis très considérable. Paupières gonflées œdémateuses.

Diagnostic: Ténonite séreuse d'origine rhumatismale. Traitement par le salicylate de soude, les compresses tièdes et un purgatif qui amène la guérison au bout de huit jours. La maladie avait duré trois semaines.

Ce cas est tout à fait analogue à ceux qu'a fait connaître, dans sa magistrale description, M. le professeur Panas.

145. **Empyème du sinus frontal consécutif à l'influenza et spontanément ouvert au niveau du grand angle de l'œil. Présentation de malade.**
Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 1er février 1895.

Il s'agit d'un empyème du sinus frontal qui est apparu chez une femme de trente ans à la suite d'une atteinte d'influenza; l'empyème s'ouvrit spontanément et guérit sans intervention.

146. **Corps étranger de l'orbite. Radiographie.**
Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, séance du 10 février 1899.

Épreuves radiographiques extrêmement nettes, prises par le docteur Rivière sur un jeune homme qui a reçu dans l'œil droit un grain de plomb d'une charge tirée dans sa direction. Le lendemain de l'accident, nous constatons à un centimètre de la cornée l'orifice d'entrée de ce grain de plomb. Seul, le segment supérieur de la partie postérieure de l'œil était éclairable. Dans cette zone, qui est précisément diamétralement opposée au point par lequel le grain de plomb est entré dans l'œil, nous pûmes remarquer une surface blanche arrondie, au niveau de laquelle la choroïde déchirée laissait voir la face interne de la sclérotique. Bien que cette constatation permît de supposer que l'œil avait été traversé par le grain de plomb, n'ayant rien pu distinguer qui ressemblât à l'orifice de sortie de ce corps étranger, nous eumes recours aux épreuves radiographiques, qui montrèrent très nettement la présence du grain de plomb dans l'orbite, hors du globe oculaire. Dans ce cas, les rayons X nous ont rendu un très grand service, puisqu'ils nous ont permis d'éviter à notre malade une énucléation qui paraissait rationnelle.

147. **Un cas de syphilis maligne; périostite aiguë du sommet de l'orbite.**
Annales de la policlinique de Bordeaux, 1898.

Il s'agit d'un homme âgé de 38 ans, atteint d'une affection grave de l'orbite. Nombreuses traces de syphilis tertiaire au niveau du tibia droit,

du genou gauche, du grand trochanter, de la voûte palatine. Périostoses. Périostites anciennes du maxillaire inférieur.

Il y a un an, apparition d'un ulcération syphilitique au-dessus du sourcil droit.

Dans ces derniers temps, kératite et exophtalmie accentuée avec chémosis.

Malgré un traitement spécifique énergique qui n'amène que la diminution de l'exophtalmie, la kératite augmente et il se produit une perforation.

La cicatrisation se fit dans la suite avec leucome adhérent.

L'observation est intéressante, à cause de la localisation de la périostite au sommet de l'orbite, l'exploration de la base n'ayant rien révélé.

148. Contribution à l'étude des kystes dermoïdes de l'orbite.

Annales d'oculistique, mai 1900 et *Société de chirurgie*, février 1900.

Dans ce travail, nous avons rapporté deux cas de kyste dermoïde de l'orbite. L'un est relatif à une jeune fille de 8 ans. La tumeur s'est développée au-dessous de l'œil gauche depuis 4 ans. La vue ayant diminué considérablement, les parents la conduisirent à notre consultation. L'examen révèle une tumeur de consistance molle, de la grosseur d'une amande, mobile, siégeant au niveau de la paupière inférieure. L'œil présente une astigmie de $2^{D}5$ et une acuité de 1/4.

Cette tumeur est enlevée facilement. L'opération a lieu sans incident et l'astigmatisme cornéen a disparu après l'intervention.

L'examen de la pièce a montré tous les détails anatomiques d'un kyste dermoïde typique.

Le second cas est relatif à un homme de 59 ans, porteur d'une tumeur depuis l'enfance. Au moment où le malade vient nous consulter, la tumeur augmente de volume et paraît enflammée. Elle recouvre complètement le globe oculaire droit, dont elle gênait la vision.

L'intervention fut pratiquée suivant les désirs du malade; elle présenta de grandes dificultés, tenant aux adhérences profondes du néoplasme et à l'hémorragie abondante qui l'accompagna. La dissection de la poche fut très difficile.

Les suites furent d'abord excellentes. Puis survinrent des phéno-

mènes de kératite neuroparalytique passagers et enfin une névrite optique qui amena une atrophie complète du nerf.

La première observation est curieuse au point de vue de l'astigmatisme accidentel et passager provoqué par la tumeur. La deuxième présente un intérêt particulier à plusieurs points de vue :

1° L'examen de la poche kystique révéla la présence d'une ulcération ancienne très étendue. Le derme était épaissi. Comme il y avait suppuration, on trouvait à son niveau un tissu granuleux en voie de désagrégation. La paroi offrait, malgré l'abondance de trousseaux fibreux et la présence d'un véritable tissu cicatriciel, une vascularisation abondante;

2° Au point de vue clinique, la kératite et l'iritis observées méritent une mention spéciale. Elles doivent être rattachées aux tiraillements des nerfs ciliaires;

3° Les troubles trophiques ont débuté par l'iris et la chambre antérieure.

Ces troubles sont-ils trophiques ou vasomoteurs ?

Sans vouloir anticiper sur la question et différencier les nerfs trophiques des nerfs sensitifs et des nerfs vasomoteurs, il semble que l'hypothèse de l'existence autonome des filets trophiques permettra seule d'expliquer de tels troubles neuro-paralytiques;

4° Au point de vue chirurgical, de tels cas peuvent être traités simplement par le curettage. On évitera les dangers provoqués dans le voisinage par l'extirpation complète.

149. Hydropisie enkystée de la bourse de Tenon.

Société d'ophtal. de Paris, 6 février 1900.

Il s'agit d'un homme de 60 ans, chez lequel nous nous disposions à pratiquer une intervention rétro-bulbaire par le procédé exposé plus haut (p. 95), et qui permet d'atteindre facilement les tumeurs du nerf optique. Ce malade avait une exophtalmie axile non réductible, de la névrite optique et une tuméfaction emboîtant le globe, qui nous faisaient croire à une tumeur du nerf optique.

A peine le droit externe était-il sectionné, qu'un jet de liquide se produisit et que la tuméfaction disparut. L'opération fut interrompue, le droit externe suturé et la guérison se maintint d'une façon définitive. L'acuité visuelle monta, étant primitivement de 1/25, à 1/10.

Il s'agissait donc d'une hydropysie de la bourse de Tenon, analogue au cas de Caron du Villars, publié dans les *Annales d'oculistique* de 1858.

150. **De l'ostéome de l'orbite.** *Soc. de médec. et de chirurgie de Bordeaux*, séance du 1er juin 1900.

Malade atteint d'ostéome de l'orbite, et nous discutons longuement la question pathogénique et thérapeutique. Nous concluons que le chirurgien peut entreprendre avec 90 % de chances de succès l'opération d'un ostéome orbitaire tant que le cerveau n'est pas manifestement intéressé. Notre élève Tchilinguiroff a écrit à propos de ce cas une thèse très complète.

151. Fibro-sarcome kystique du fond de l'orbite.

Extirpation avec conservation de l'œil.
Archives d'Optalmologie, 1891, p. 197 (avec 2 figures).

M. Badal, enlève à un malade de 70 ans une volumineuse tumeur située derrière l'œil et remplissant l'orbite jusqu'au sommet.

Le néoplasme qui était pédiculé, vint tout d'une pièce sous la forme d'une tumeur kystique, à parois minces et translucides distendues par un liquide séreux au milieu de laquelle on distinguait vaguement une partie solide.

L'examen que nous avons pratiqué de la pièce démontre que la partie principale de la tumeur consistait en une masse piriforme pédiculée, entourée par un sac fibreux rempli d'un liquide séreux assez abondant.

Cette enveloppe kystique est formée par du tissu fibreux adulte ; sur sa face interne, nous n'avons pas trouvé de paroi endothéliale bien distincte ; il ne s'agissait donc pas d'une véritable cavité kystique. D'ailleurs les tractus conjonctifs reliant cette enveloppe au néoplasme faisaient bien pressentir qu'il s'agissait de mailles de tissu cellulaire distendues par le flot de liquide exsudé. La structure du néoplasme contenue dans la poche était celle du fibro-sarcome.

152. Tumeur congénitale embryonnaire à tissus multiples (nerveux et conjonctif) de l'orbite (avec 3 figures).

Archives d'ophtalmologie, 1895, p. 15.

Nous publions dans ce travail une observation de tumeur congénitale intéressante à la fois par sa congénialité, par son siège et par sa

structure. Il s'agit d'un enfant de vingt jours entré à l'hôpital des Enfants avec une énorme tumeur orbitaire ulcérée, saignante, fongueuse. La tumeur existait au moment de la naissance ; l'orbite était rempli par une masse anormale ayant rejeté l'œil en dedans et en bas sur la base du nez.

La tumeur fut extirpée ; la volumineuse pièce anatomique est tout à fait indépendante du globe de l'œil qui est détruit par la compression de voisinage ; la cornée est ulcérée et perforée : il y a du pus dans la chambre antérieure, mais toutes les membranes, notamment la sclérotique, sont intactes.

L'examen histologique a montré que la tumeur se composait de deux sortes d'éléments : 1° des cellules embryonnaires appartenant au tissu conjonctif; 2° des éléments embryonnaires appartenant au type nerveux. C'est une tumeur à tissus multiples. Les préparations ont été soumises à l'examen de M. Bard (de Genève), qui a confirmé le diagnostic.

Il s'agit d'un gliome de l'orbite développé en dehors de l'œil ou du nerf optique, probablement aux dépens d'un bourgeon aberrant hétérotopique de l'axe cérébro-spinal.

Il y a dans la science très peu d'observations de ce genre et le fait que nous avons étudié, et dont nous avons discuté longuement le diagnostic histologique, mérite, nous semble-t-il, la plus grande attention.

153. **Un cas de sarcome embryonnaire de l'orbite chez un enfant.** *Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, séance du 10 octobre 1896.

Nous montrons les préparations histologiques de la tumeur, après avoir rapporté l'histoire clinique du malade, discuté longuement le diagnostic et exposé le traitement opératoire. L'étude microscopique démontre la nature sarcomateuse de la tumeur, formée d'un tissu embryonnaire jeune, dans lequel les cellules sont remarquables par le volume de leurs noyaux et leur processus kariokynétique très évident.

154. **Un cas de carcinome péri-bulbaire.**
Recueil d'ophtalmologie, p. 705, 1891.

Cette observation concerne une femme de soixante-treize ans, chez laquelle on pratiqua le curettage de la cavité orbitaire, pour une tumeur sous laquelle le globe de l'œil avait complètement disparu. La malade succomba, quelques jours après l'opération, à une phlébite du sinus.

A l'examen du néoplasme, on trouva, dans l'intérieur, le globe de l'œil atrophié, mais sans être entamé par le processus néoplasique qui s'est formé autour de lui, détruisant complètement le nerf optique, les muscles de l'œil et la capsule de Ténon. L'examen histologique démontre qu'il s'agit d'un néoplasme essentiellement composé de tissu épithélial. Ce sont des éléments épithéliaux déformés ; on y voit des cellules en raquette et comme des ébauches de tractus disposés sous la forme d'alvéoles. Cette étude fait supposer que la tumeur a eu son point de départ dans la conjonctive bulbaire.

155. Tumeur mélanique de l'orbite. Caractères différentiels des tumeurs mélaniques.

Communication faite à la *Société française d'ophtalmol.*, session de mai 1893.

L'intérêt de cette communication réside dans l'examen histologique de la tumeur qui établit que l'origine du pigment était purement hématique; la réaction de Perls, en donnant une coloration bleue, en est la preuve évidente, puisque cette réaction caractérise les sels de fer. L'objectif à immersion a montré d'ailleurs un grand nombre de globules rouges sortis par diapédèse des vaisseaux, infiltrés entre les cellules et ayant même quelquefois pénétré dans l'intérieur de celles-ci.

Il résulte de cette communication que les tumeurs mélaniques d'origine hématique, qui sont surtout celles de la paupière, de la conjonctive et de l'orbite, sont beaucoup moins malignes que celles qui sont primitivement développées dans l'intérieur de l'œil.

Vossius et Birnbacher ont déjà d'ailleurs émis des opinions semblables.

Il est à remarquer aussi que les tumeurs primitivement développées dans l'orbite, tumeurs étudiées à propos de ce cas personnel, sont beaucoup moins graves que les tumeurs mélaniques choroïdiennes ayant secondairement envahi le tissu péri-oculaire.

156. Tumeur du frontal. *Soc. d'anatomie et de physiol. de Bordeaux*, séance du 12 avril 1897.

Femme atteinte d'une tumeur du front et de l'orbite consécutive à un traumatisme, et s'accompagnant d'un engorgement ganglionnaire survenu trois mois après la tumeur. Nous portons le diagnostic d'ostéo-sarcome et nous discutons la question de l'intervention.

10° VOIES LACRYMALES

Aperçu général. — Pour cette partie de la pathologie oculaire, nous avons fait porter nos efforts sur la thérapeutique; nous avons scientifiquement réglé l'action de l'électrolyse qui, avant nos travaux, avait été employée absolument au hasard et par suite avait produit beaucoup de méfaits (rétrécissements cicatriciels) qui l'avaient discréditée.

Dans un travail expérimental, nous avons montré que l'électrolyse avec un faible courant (5 milli-ampères) avait un pouvoir antiseptique très considérable qui expliquait son succès contre la suppuration, et, par l'étude suivie de beaucoup de malades, nous avons établi que ce chiffre de 5 milli-ampères était celui qu'il ne fallait pas dépasser, sous peine d'entraîner une destruction de la muqueuse et de provoquer plus tard un rétrécissement incoercible. Il en est pour les rétrécissements du canal nasal comme pour le canal de l'urèthre, l'électrolyse peut être très dangereuse. Si l'on veut une guérison durable et un résultat vraiment utile, il ne faut pas chercher, par une action trop puissante de l'électricité, à obtenir un canal très large, il faut se contenter de ramollir, de modifier, d'aseptiser la muqueuse. L'électrolyse ainsi comprise devient ainsi un adjuvant précieux de la méthode de Bowman.

Au sujet de ce paragraphe, nous signalerons, outre quelques cas de dacryoadénite, encore un long mémoire sur les kystes des glandes lacrymales, mémoire que nous avons écrit à propos d'un fait personnel.

157. Traitement des affections des voies lacrymales.

Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux, 20 septembre et 1er novembre 1891.

Nous avons exposé la division étiologique de Mackensie, et la méthode thérapeutique qui convient à chacune des affections suivant sa cause ;

le cathétérisme, les lavages antiseptiques dans le catarrhe simple avec larmoiement, la cautérisation du sac dans la blennorrhée, l'incision de la paroi antérieure et lavage au sublimé dans la dacryocystite aiguë, la destruction du sac au thermo-cautère dans les cas de fistule lacrymale.

158. **De l'action de l'électrolyse sur les cultures de staphylocoques et de streptocoques.**

Recueil d'ophtalmologie, p. 606, 1893.

Ce travail a été fait pour rechercher les causes d'efficacité de l'électrolyse dans le traitement des diverses affections des voies lacrymales. Par une série d'expériences, nous en avons démontré l'action antiseptique. L'électrolyse, sans avoir un pouvoir bactéricide absolu, produit une atténuation extrêmement marquée de la virulence.

La figure ci-jointe montre le dispositif original de ces expériences faites en collaboration avec le Dr Mazet, dans le laboratoire des cliniques de la Faculté de Bordeaux.

Nous avons rempli un tube allongé et étroit, représentant le canal nasal, d'une culture très virulente de staphylocoques, puis nous avons fait passer, en nous servant d'une sonde plongée dans le tube et avec la même source d'électricité qui sert à opérer nos malades, nous avons fait passer un courant de 5 milli-ampères pendant 5 minutes. Il nous est arrivé de stériliser complètement la culture ainsi électrolysée et toujours nous en avons très considérablement atténué la virulence.

PN

PP +

Fig. 8.

Nous nous sommes ainsi expliqué facilement les résultats heureux que l'électrolyse des voies lacrymales produit, non seulement sur le rétrécissement, mais aussi sur la suppuration du sac et du canal.

159. **Influence de l'électrolyse sur les microbes.** *Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux*, séance du 10 juillet 1893.

Nous avons expérimenté l'action de l'électrolyse sur des staphylocoques, ensuite sur des streptocoques, et nous avons montré que les courants continus exercent une action très considérable sur le pouvoir virulent des microbes. Les cultures et les détails des expériences ont été montrés à la Société.

160. Des avantages et des inconvénients de l'électrolyse dans le traitement des rétrécissements des voies lacrymales.

Communication faite au 11e *Congrès international de Rome*, mars-avril 1894.

L'électrolyse mérite de prendre place à côté de la méthode de Bowman dans le traitement des affections des voies lacrymales, mais elle ne doit pas être employée seule; elle n'est bonne qu'à rendre la méthode de Bowman plus complète et plus facile.

Pour utiliser judicieusement l'action mécanique de l'électrolyse, il faut employer de faibles courants, et seulement pendant 4 ou 5 minutes. Les courants qui dépassent 6 à 8 milli-ampères entraînent des eschares qui produisent plus tard des rétrécissements incoercibles, parfois une véritable occlusion des voies lacrymales.

Les courants faibles ramollissent la muqueuse et rendent très facile l'introduction d'une sonde de gros calibre.

Pour les rétrécissements très étroits, plusieurs séances d'électrolyse sont nécessaires; grâce à leur action sur la muqueuse des voies lacrymales, on peut en quelques semaines se rendre maître d'un rétrécissement invincible par la méthode seule de Bowman.

En outre de cette action mécanique, l'électrolyse exerce sur les infections du canal nasal une action antiseptique très énergique.

Nos expériences personnelles démontrent que les inoculations de bouillon de culture électrolysé dans des conditions expérimentales analogues à celles dans lesquelles on se trouve en clinique sont stériles.

Nous croyons donc pouvoir conclure : 1° que l'électrolyse est très utile pour préparer la muqueuse à se dilater sous l'influence du cathétérisme; 2° qu'elle est dangereuse lorsqu'on se propose d'obtenir la dilatation par l'action d'un courant électrique dépassant 5 milli-ampères: on crée alors des rétrécissements consécutifs très redoutables; 3° qu'à son action mécanique l'électrolyse joint une action antiseptique très précieuse.

161. De l'électrolyse dans le traitement des rétrécissements des voies lacrymales.

Archiv. clin. de Bordeaux, septembre 1895.

Dans ce travail communiqué à l'Académie de Médecine le 7 mai 1895, nous nous attachons à préciser le manuel opératoire spécial, les indi-

cations et les contre-indications de l'électrolyse dans la cure des rétrécissements des voies lacrymales.

La question de technique est en effet capitale, car l'électrolyse peut être dangereuse lorsqu'elle n'est pas attentivement dosée et très douloureuse quand le courant n'est pas méthodiquement gradué.

Il convient de se conformer aux règles suivantes :

1° La pile doit être munie d'un bon rhéostat;

2° L'intensité sera graduellement augmentée jusqu'à 5 milli-ampères au maximum, en manœuvrant très doucement le rhéostat;

3° Pendant la durée de l'opération les fils ne devront pas être touchés, les électrodes devront rester à la même distance, le positif dans le nez sous forme d'un tampon d'ouate imbibée d'eau salée, le négatif dans le canal nasal sous forme de sonde;

4° L'intensité devra être graduellement diminuée.

5° La durée ne doit pas excéder cinq minutes.

Dans l'instrumentation à mettre en œuvre, trois choses demandent une attention toute particulière : la sonde, le galvanomètre, le rhéostat.

La sonde doit être pourvue d'un bon enduit isolant dans toute sa moitié supérieure: l'oblitération des canalicules lacrymaux, trop souvent observée après l'électrolyse sera ainsi évitée, mais il faut faire usage d'un enduit isolant efficace. Il convient de se défier des enduits isolants trop superficiels; la meilleure sonde est celle dont toute la partie supérieure de la tige est cachée sous une enveloppe semblable à celle qui sert à faire les bougies uréthrales (*fig. 9*).



Fig. 9.

Le galvanomètre le plus pratique est le galvanomètre apériodique. Les autres petits galvanomètres en usage ont, en général, moins de précision et présentent des oscillations très gênantes ; ils ne permettent pas d'apprécier suffisamment (surtout quand il s'agit de faibles intensités) la quantité d'électricité utilisée.

Ce galvanomètre apériodique peut être ajouté à un appareil portatif

de Chardin, mais on est alors tenu de se servir du collecteur annexé à cette pile et d'augmenter brusquement par à-coup la dose du courant, en tournant la manette; la graduation ainsi faite a le grand défaut d'entraîner des phénomènes douloureux qui peuvent être supprimés quand on se sert d'un rhéostat approprié. Le rhéostat le meilleur est celui du P[r] Bergonié, de Bordeaux. Il a tous les avantages désirables; son seul défaut est de ne pouvoir faire partie d'un appareil transportable. Il suffit d'ailleurs d'une assez faible source d'électricité, puisqu'il n'est jamais nécessaire de dépasser plus de 5 milli-ampères.

C'est donc dans le fait d'une électrolyse mesurée avec beaucoup de précision, dans l'utilisation d'un rhéostat permettant d'augmenter très graduellement la quantité d'électricité, dans l'usage d'une sonde pourvue d'un bon enduit isolant dans sa partie supérieure que réside l'originalité de l'instrumentation que nous mettons en pratique.

162. **Valeur clinique de l'électrolyse dans le traitement des rétrécissements des voies lacrymales.**

Journal de médecine de Bordeaux, p. 121, 1896.

Nous avons réuni 10 observations nouvelles en faveur de l'électrolyse des voies lacrymales. Il importe de ne pas détruire la muqueuse et de ne pas aller jusqu'à l'eschare.

Nous avons déjà décrit notre technique et notre instrumentation. La sonde d'électrolyse que nous avons fait construire ressemble à une sonde de Bowman, dont la partie supérieure serait évidée et remplacée par un enduit isolant. Sa partie inférieure est libre sur une étendue de 2 centimètres.

L'action électrolytique est ainsi limitée au canal nasal.

L'intensité du courant ne doit pas dépasser 5 milli-ampères; la durée du passage environ 5 minutes.

Ainsi pratiquée, l'électrolyse est très recommandable dans les rétrécissements inflammatoires. On doit la laisser de côté dans les rétrécissements cicatriciels et préférer la stricturotomie selon la méthode de Stilling.

Nous croyons devoir faire remarquer, à propos de cet article, que nous avons le premier *réglé* l'électrolyse des voies lacrymales en indiquant le nombre de milli-ampères utilisables, et la façon de faire passer le courant.

163. Technique de l'électrolyse des voies lacrymales.

Annales d'oculistique, décembre 1900.

Dans cet article, nous exposons complétement la technique de l'électrolyse des voies lacrymales au sujet de laquelle MM. Fage et du Gourlay ont fait récemment d'intéressantes communications mettant en évidence la valeur de la technique que nous avons, le premier, réglée et fait entrer dans la pratique.

164. Dacryoadénite périodique et menstruelle. Présentation de malade.

Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 29 décembre 1899.

Femme de 47 ans, atteinte de dacryoadénite gauche, se reproduisant chaque mois, tantôt à droite, tantôt à gauche, à l'occasion des règles. Cette inflammation s'accompagne d'une douleur assez vive, d'un larmoiement abondant, jamais sanguinolent, d'un gonflement et d'un œdème palpébral. Ces phénomènes disparaissaient avec les règles. A l'époque de la ménopause, la fluxion lacrymale devient plus rare; et il arrive même que les règles viennent et non la fluxion; mais pendant vingt ans cette malade a vu régulièrement, à chaque époque menstruelle, gonfler et dégonfler tantôt l'une, tantôt l'autre de ses glandes lacrymales. Nous ne croyons pas qu'il existe, dans la science, un cas semblable.

165. Dacryoadénite rhumatismale. *Annales de la Policlinique de Bordeaux*, septembre 1899

Dacryoadénite sans évolution suppurative et attribuable au seul rhumatisme.

166. Sur les kystes des glandes lacrymales.

Arch. clin. de Bordeaux, 1899 (avec figure).

Étude accompagnée de nombreuses observations sur les kystes des glandes lacrymales. Nous avons insisté tout particulièrement sur l'étiologie et le traitement.

La cause la plus fréquente est le rétrécissement cicatriciel des conduits excréteurs. L'origine même de ce rétrécissement est souvent

obscure. Cependant quelquefois, comme dans les cas de Beer et de Broca, on peut la mettre en évidence. Dans le premier cas, elle était due à l'extirpation incomplète d'un kyste athéromateux ; dans l'autre, il s'agissait d'une cicatrice consécutive à une brûlure. Dans un autre fait, on a pu incriminer le choc d'une bille de billard contre le rebord orbitaire. Il conviendrait de faire également une part difficile à préciser aux altérations spontanées des glandules lacrymales capables d'entraîner des formations kystiques analogues à la grenouillette, par exemple.

L'étiologie spéciale des kystes de la glande orbitaire est encore très peu connue.

Tous ces kystes sont justiciables d'un traitement chirurgical. La ponction est un moyen insuffisant. L'incision, à condition d'être suivie d'une cautérisation énergique, pourra amener la guérison, l'excision partielle ou totale sont les meilleurs moyens.

Il faudra le plus possible attaquer le kyste par la conjonctive pour éviter les fistules.

Si la tumeur occupe une place considérable dans l'orbite, on devra faire l'incision classique pour l'extirpation de la glande lacrymale et l'énucléer en totalité, si on le peut.

167. Un cas de Dacryops.

Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, séance du 15 novembre 1897.

Il s'agit d'une femme de 35 ans présentant une tumeur située dans la région de la glande lacrymale. La tumeur, du volume d'une grosse amande, se présente après avoir renversé la paupière comme une vésicule kystique transparente. A la pression, elle n'est pas réductible.

Après l'extirpation, on constate que c'est une vésicule unilobée contenant un liquide très limpide. La paroi est constituée par une double rangée de cellules épithéliales cylindriques, quelques-unes caliciformes, semblables à celles des glandes lacrymales. Le kyste s'est formé aux dépens d'un des conduits de la glande palpébrale ; autour de la paroi, cellules embryonnaires sous l'épithélium, dont elles sont séparées par une membrane propre. Ce cas de dacryops est l'un des rares faits (7) dont l'examen histologique ait été soigneusement pratiqué.

11° PAUPIÈRES.

Aperçu général. — Outre quelques observations remarquables seulement par des particularités secondaires, nous avons publié sur les paupières trois ordres de travaux portant :

1° sur l'anatomie pathologique et la pathogénie du chalazion ;

2° sur le sarcome des paupières ;

3° sur les cornes palpébrales.

Nous avons fait une étude complète de l'adénite meibomienne qui conduit à la formation du chalazion et montré que le mot granulome, pris dans le sens que lui a donné Virchow, était celui qui convenait à cette affection. Nous nous sommes élevé contre l'assimilation inacceptable qui a été faite entre le processus du chalazion et le processus tuberculeux ; les cellules géantes, quand il y en a, sont dans le chalazion un produit contingent, accessoire et sans signification.

Le sarcome mélanique des paupières a été le sujet de plusieurs travaux. Nous en avons étudié 3 cas, dont 2 personnels, l'examen histologique du troisième nous a été confié par le Dr Guibert.

A ce sujet, nous avons cherché à nous rendre compte de l'origine du pigment et avons patiemment poursuivi les recherches nécessaires pour élucider cette difficile question. La dernière communication faite à la Société de chirurgie relate les particularités curieuses que nous avons constatées.

Au sujet des cornes palpébrales, dont nous avons recueilli plusieurs exemples, nous signalerons la théorie personnelle que nous avons émise dans le mémoire dont nous donnons plus loin l'analyse.

168. **Blépharospasme à droite; strabisme à gauche; arrachement du nerf nasal et strabotomie. Guérison.**

Archives cliniques de Bordeaux, octobre 1872.

Il s'agit d'une malade atteinte d'un blépharospasme consécutif à une kératite phlycténulaire qui avait résisté à tous les traitements possibles : vésicatoires, pointes de feu sous-orbitaires, frictions à la teinture d'iode pure, collyre à la cocaïne, potion bromurée, suggestion même en raison de l'état névropathique existant. Cette affection céda en 2 jours à l'arrachement du nerf nasal externe, suivant le procédé décrit par Badal. La malade a quitté rapidement la Clinique et n'a plus été revue ; on ne sait si le résultat a été définitif.

169. **Blépharoplastie.**

Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 10 novembre 1891.

A la suite d'une brûlure du front, de la tempe et de la paupière gauche, le sujet de cette observation présentait un ectropion très accusé de la paupière supérieure. Le fait de la brûlure compliquait beaucoup l'opération, car toute la peau du front et de la tempe était remplacée par du tissu cicatriciel et nous avons dû prendre un lambeau sur la joue, long de 7 centimètres, pour recouvrir la paupière malade. Grâce à une antisepsie sévère et à un affrontement très exact, la réunion immédiate a été parfaite. La malade, à la suite de cette opération, a donc une paupière supérieure capable de remplir toutes ses fonctions.

170. **Traumatisme de la paupière. Blépharospasme.**

Société de médecine de Bordeaux, 20 juin 1890.

L'observation concerne un malade qui, à la suite d'un traumatisme de la face, présente : 1° un développement exagéré des os de la face du côté gauche, avec une saillie osseuse sensible au-dessus de la 2° molaire.

3° Une névrite traumatique due à la contusion du nerf sous-orbitaire.

3° Le blépharospasme du côté correspondant.

Nous avons cherché à démontrer que le blépharospasme était la conséquence de la névrite due au traumatisme.

171. **Ectropion et Blépharoplastie** *Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, 21 novembre 1890.

Il s'agit d'un malade auquel nous avons pratiqué une double blépharoplastie pour un ectropion des deux yeux. Nous avons pratiqué la tarsorrhaphie qui devra être maintenue quelques mois. Le résultat esthétique est aussi satisfaisant que possible.

172. **Chancre palpébral**. *Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, 30 juin 1891.

Notre malade présentait la coïncidence d'un double chancre induré de la verge et de la paupière; ce dernier est apparu 2 jours après le chancre génital.

173. Anatomie pathologique du chalazion.

Journal de médecine de Bordeaux, 17 août 1884.

L'étude anatomo-pathologique de deux cas de chalazion nous a permis de préciser la situation exacte de cette tumeur et d'indiquer son véritable processus pathogénique.

Dans ces examens histologiques, nous avons constaté, comme nos devanciers, la présence de cellules embryonnaires et de vaisseaux en voie de formation, mais nous n'avons pas rencontré de cellules géantes, et nous pensons que les auteurs qui les ont décrites ont pu les confondre avec les coupes transversales de certains vaisseaux jeunes qui simulent, en effet, très bien ces cellules et rappellent dans une certaine mesure le début des formations tuberculeuses. Pour nous, le chalazion peut se développer en dehors du cartilage tarse dans le tissu cellulaire de la région. Cette tumeur est entourée d'une coque fibreuse, qui indique que ses rapports sont médiats et accessoires. Le chalazion serait donc purement et simplement un sarcome embryonnaire circonscrit, développé aux dépens du tissu cellulaire situé entre le muscle orbiculaire et le tarse. Mais cette tumeur serait le résultat de l'inflammation transmise au tissu conjonctif par l'inflammation des glandes.

174. Anatomie pathologique et pathogénie du chalazion.

Archives d'ophtalmologie, p. 226-242, mai-juin 1889, avec 5 figures originales dans le texte.

Ce travail est basé sur l'étude histologique de 15 chalazions. Les conclusions sont les suivantes : 1° Le chalazion comprend trois périodes

dans son développement : *a*) Rétention de produits épithéliaux dans les glandes de Meibomius ; *b*) adénites et péri-adénites consécutives ; destruction du cartilage tarse ; *c*) saillie de la tumeur sous la conjonctive ou du côté de la peau ; 2° le contenu du chalazion est composé de jeunes cellules embryonnaires et de rares débris épithéliaux ; 3° ces débris épithéliaux contiennent des microcoques arrondis, séparés, visibles dans les cellules épithéliales ou à côté d'elles ; 4° les cellules embryonnaires ne renferment pas de microbes ; 5° ces microbes paraissent jouer un rôle très secondaire dans la production de l'affection ; 6° il n'existe pas de cellules géantes dans la masse morbide ; sa structure est exactement celle du bourgeon charnu ; 7° le chalazion externe peut atteindre un volume considérable et en imposer pour un néoplasme sous-cutané, mais il est toujours en contact avec le cartilage tarse et procède toujours d'une adénite meibomienne. Ce mémoire contient 5 figures originales.

175. **Note sur un cas de corne palpébrale ; nouvelle théorie sur le développement des cornes** (avec 2 figures).

Annales d'oculistique, décembre 1892, p. 403-407, avec 2 fig. originales.

Ce mémoire concerne une énorme corne de la paupière, remarquable par les particularités suivantes que, dans une étude attentive, nous nous sommes appliqué à faire ressortir.

La production cornée se présente en deux endroits différents : 1° Au-dessus de l'épithélium des papilles ; 2° autour de l'épithélium isolé dans la substance cornée. Dans ces deux points, la kératinisation présente ce fait particulier de se produire sans éléidine ; cette substance n'a pu être décelée qu'en de rares endroits ; la production cornée est donc de ce fait absolument anormale.

Un autre point plus intéressant encore, consiste dans le mode de formation des globes épidermiques. Ces globes se développent aux dépens des papilles décapitées par les chocs incessants du sommet, les attouchements et les hémorrhagies qui en résultent. Le sommet épithélial de la papille ainsi décapité continue à proliférer, et, plus tard, la poussée du sang extravasé, ou un attouchement direct, vient le décapiter de nouveau et en distraire, sous forme d'un îlot arrondi, l'extrémité tournée vers le sommet de la corne.

De chaque papille se sont ainsi détachés successivement plusieurs

îlots épithéliaux; ceux qui se sont détachés les premiers occupent le sommet de la corne, ce sont les plus petits, les plus usés par la dégénérescence cornée; les autres, plus récemment distraits de la papille mère, sont plus volumineux.

La décapitation du sommet papillaire par les attouchements et les hémorrhagies constitue le fait original qui sert de base à la théorie sur le développement des globes épidermiques et l'allongement de la corne. Deux figures montrent les détails histologiques.

176. **Corne de la paupière inférieure.** *Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, séance du 25 juillet 1892.

Nous montrons des préparations histologiques d'une corne de la paupière inférieure. Cette production cornée se présente en 2 endroits différents : 1° au-dessus de l'épithélium des papilles; 2° autour de l'épithélium isolé dans la substance cornée. Dans ces 2 points, la kératinisation de la cornée présente ce fait particulier de se produire sans éléidine. Cette substance n'a pu être décelée qu'en de rares endroits.

177. Du sarcome mélanique des paupières.

Mémoire présenté à la *Société française d'ophtalmologie*, séance du 5 mai 1891.

Ce travail a été fait au sujet d'une observation recueillie à la Clinique de l'hôpital de Saint-André.

Ces sarcomes mélaniques des paupières sont des tumeurs très rares, ce qui en rend l'étude fort intéressante.

L'examen histologique a démontré que la tumeur extirpée était un sarcome mélanique à cellules fusiformes avec pigment extra et intracellulaire. Pour nous mettre en garde contre les surprises de la fausse mélanose, nous utilisons le réactif de Robin et nous obtenons par une macération prolongée dans un milieu très acide une préparation typique de mélanine, c'est-à-dire que nous avons complètement isolé les éléments noirs en détruisant tout le tissu sarcomateux sans que ces éléments caractéristiques de la mélanose aient été impressionnés.

Cette observation ainsi que les cas de ce genre, publiés par d'autres auteurs ne permettent encore d'établir aucune vue d'ensemble sur ces singulières tumeurs de la paupière, mais elle contribuera, grâce à l'étude histologique que nous en avons pu faire, à l'histoire de la question.

Une revue complète de tous les cas de sarcome mélanique de la paupière est contenue dans ce travail.

178. **Transformation d'un caillot sanguin en sarcome mélanique.**
Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, séance du 26 janvier 1891.

Nous présentons les coupes d'un sarcome mélanique de la paupière supérieure gauche, consécutif à un traumatisme. L'histoire clinique du malade et l'examen firent porter le diagnostic de tumeur bénigne, dont on fit l'ablation. Contrairement à toute attente, macroscopiquement, la tumeur, au lieu de sembler bénigne, rappelait l'aspect truffé des néoplasmes mélaniques. Le microscope montre un tissu ressemblant absolument à celui du sarcome mélanique ; et en réalité, ainsi que l'a démontré le réactif de Robin, il ne s'agissait pas de faux pigment, mais d'un pigment véritable d'origine hématique, c'est-à-dire que les cellules morbides avaient utilisé les éléments de l'hémorrhagie pour fabriquer la matière mélanique.

179. **Tumeurs malignes de la paupière.**
Société de chirurgie de Paris, mai 1901.

Dans ce travail, nous rapportons un cas de squirrhe de la paupière présentant les allures cliniques d'un sarcome. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un véritable carcinome avec des alvéoles rares et étroites entourées par un tissu fibreux de nouvelle formation.

Le point de départ était une ulcération conjonctivale siégeant au fond d'un sillon divisant en deux parties le gros néoplasme.

Le deuxième fait concerne un sarcome mélanique dans lequel nous avons soigneusement étudié les divers processus de pigmentation et notamment le processus de la pigmentation d'origine hématique. Nous avons vu les globules rouges pénétrer directement dans le corps cellulaire, et démontré l'existence du fer dans le pigment, par la réaction de Perls. Au point de vue chirurgical, ce cas était curieux par le volume du néoplasme, et les diverses opérations pratiquées.

Huit figures originales et encore inédites devant trouver place dans notre tome II sur les *Tumeurs de l'orbite*, ont accompagné cette communication à la Société de chirurgie. On comprendra que nous ne les reproduisions pas ici ; nous risquerions d'alourdir cet exposé de titres dont les dimensions doivent être en somme assez restreintes.

12° VARIA.

Aperçu général. — Ce dernier paragraphe, consacré à des travaux divers, comprend : 1° Un mémoire sur la désinfection du sac conjonctival; 2° une étude de la diplopie monoculaire chez les hystériques, dans laquelle il est démontré, contrairement aux idées classiques, que cette variété de diplopie peut être d'origine cérébrale; 3° un travail sur le spasme du muscle ciliaire chez les enfants dans lequel nous démontrons que ce spasme fausse considérablement, même dans la chambre noire, les examens skiascopiques; dans la même publication, nous démontrons que l'examen skiascopique à travers une pupille *dilatée* ou *non dilatée* par l'atropine, donne les mêmes résultats et nous avons dû, pour arriver à cette démonstration, faire subir une petite modification à l'œilleton de l'optomètre Badal.

Au point de vue du recrutement de l'armée, nous avons publié une étude originale dans laquelle nous proposons des modifications rationnelles au système actuel.

Dans ce paragraphe ont encore pris place des études thérapeutiques sur la cocaïne et l'holocaïne, sur l'extrait de corps ciliaire, les solutions huileuses hydrargyriques, sur les affections oculaires dans le diabète et enfin sur divers instruments que nous avons introduits dans la thérapeutique ophtalmologique.

180. De la désinfection du sac conjonctival.

Annales de la policlinique de Bordeaux, n° 1892.

Avant d'ouvrir un globe oculaire, il est absolument nécessaire que la conjonctive et le cul-de-sac supérieur soient nettoyés aussi exactement que possible.

C'est pour atteindre ce but que nous avons imaginé de faire creuser le manche d'un écarteur de Desmarres et d'en adapter la partie supérieure à un tube en caoutchouc attenant lui-même à un récipient contenant un liquide antiseptique. En élevant le récipient, par exemple le vide-bouteille du Dr Lefour, le liquide s'écoule par le manche percé d'un seul trou à la partie supérieure et de 3 trous à la partie inférieure. Pour

Fig. 10.

Fig. 11.

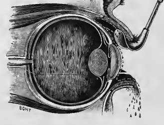


Fig. 12.

nettoyer d'une façon très convenable une conjonctive, il suffit de faire passer une irrigation abondante de solution antiseptique faible.

Ce lavage oculaire rend encore de grands services dans le traitement de l'ophtalmie purulente où, non seulement il chasse le pus, mais encore dépose sur la conjonctive, pendant un temps prolongé, l'agent destructeur de la virulence ; son usage est enfin indiqué dans les opérations sur la conjonctive, notamment après le brossage et le hersage des granulations.

L'idée du premier laveur oculaire remonte à Andrews (1815), qui en a imaginé deux modèles. Depuis, Osio (de Madrid), Gayet (1888), Terson (1892) ont décrit des instruments destinés à nettoyer la conjonctive dans toutes ses parties, mais ils offrent des complications que le nôtre ne présente pas.

181. Diplopie monoculaire chez les hystériques.

Société de médecine de Bordeaux, 1894, n° 50, p. 562, et *Recueil d'ophtalmologie*, janvier 1895.

Cette communication se rapporte à des phénomènes de diplopie survenus chez un enfant de 12 ans, hystérique. Cette diplopie se présentait avec des caractères diamétralement opposés à ceux que les classiques, Charcot et Parinaud notamment, lui assignent. D'après ces auteurs, la diplopie monoculaire chez les hystériques serait toujours due au spasme de l'accommodation. C'est la contracture du muscle ciliaire qui expliquerait la vision double dans tous les cas.

Dans cette observation, il s'agissait, au contraire, d'un phénomène sensoriel d'origine cérébrale. L'examen attentif de la réfraction statique et dynamique a montré qu'il n'y avait, de ce côté, aucune anomalie, sauf un astigmatisme négligeable (0,50) dont la correction a, d'ailleurs, été sans influence sur la diplopie. Cette malade a guéri de sa diplopie sous l'influence de la suggestion.

Ce fait est intéressant précisément parce qu'il diffère essentiellement des autres cas de diplopie monoculaire dus à la contraction du ciliaire.

182. Des spasmes toniques du muscle ciliaire et de la valeur de la skiascopie dans l'œil atropinisé chez les enfants.

Communication faite à la *Société française d'ophtalmologie*, session de mai 1899.

Dans cette communication, nous nous sommes proposé d'étudier :

1° l'obstacle que, chez les enfants, les spasmes toniques du muscle ciliaire opposent à la détermination de la réfraction; 2° la valeur de la skiascopie dans l'œil atropinisé.

Les spasmes toniques altèrent les résultats de l'examen à l'image droite aussi bien que ceux de la skiascopie, et ils sont, à plus forte raison, une grande cause d'erreur dans les examens subjectifs; mais dans quelle mesure ces spasmes sont-ils une cause d'erreur, c'est là ce que nous nous sommes appliqué à déterminer.

Étant donné un jeune sujet, afin de comparer à sa véritable réfraction les divers résultats donnés par les différentes méthodes, subjectives et objectives, nous avons dû, pour commencer, nous assurer d'un moyen certain de mesurer cette réfraction.

Ce moyen consiste à utiliser, chez le sujet longuement atropinisé, l'optomètre de Badal muni, du côté de l'œilleton, d'un diaphragme perforé d'une ouverture de 4 millimètres. Le sujet qui regarde par cette ouverture ne peut utiliser que les parties centrales de la cornée. C'est au résultat ainsi acquis qu'il faut comparer tous ceux obtenus chez le même sujet, soit avant, soit après l'atropine, par les diverses méthodes d'optométrie subjective ou objective.

Nous avons pu ainsi établir que le spasme tonique était loin de disparaître dans la chambre noire. Le dénombrement des cas a montré qu'en moyenne 1 D. 08 de réfraction dynamique étaient cachées dans la chambre noire pendant la skiascopie chez les jeunes sujets. Dans le même travail, nous établissons que la skiascopie, après atropine, malgré la dilatation pupillaire maxima, donne des résultats assez exacts si on les compare avec ceux qu'on obtient avec l'œil atropinisé regardant dans l'optomètre muni du diaphragme.

Sur 46 yeux, 14 fois la skiascopie a donné le même résultat que l'optomètre; 14 fois il y avait une différence en plus de 0,50 à 1, et 17 fois les résultats ont été inférieurs de moins d'une dioptrie. Une fois seulement la différence dépassait une dioptrie.

Par conséquent, le clinicien peut, dans une large mesure, compter sur l'exactitude de la skiascopie lorsqu'il examine un œil atropinisé.

Nous prenons la liberté d'appeler l'attention sur ce travail dont l'importance pratique est considérable et qui a été soumis à l'approbation de la Société française d'ophtalmologie.

183 Des vices de réfraction et de l'acuité visuelle envisagés au point de vue du recrutement de l'armée.

Bulletin médical, 1899, n° 99, p. 1125.

Dans ce travail, nous démontrons que les règlements militaires devraient accepter la correction de l'hypermétropie par les verres convexes lorsque les verres correcteurs relèvent l'acuité au degré réglementaire ; il y a des hypermétropes de 6 à 8 dioptries parfaitement capables de voir de loin avec des verres appropriés et qui n'y voient pas sans verre. On a le tort de les réformer.

En ce qui concerne la myopie, on a le tort également de prendre comme critérium le degré du vice de réfraction au lieu de s'en tenir à l'appréciation de l'acuité visuelle. Il vaut mieux être myope de 8 dioptries avec l'acuité égale à l'unité que myope de 4 dioptries avec une acuité égale à 1/2.

Nous insistons surtout dans ce travail qui a été soumis à l'appréciation du ministre de la guerre sur la nécessité de permettre aux médecins militaires de corriger l'astigmatisme simple. Il y a tous les ans nombre de conscrits réformés pour insuffisance d'acuité qui, avec des verres cylindriques, sont capables de faire d'excellents soldats.

184. De l'égalité des images rétiniennes dans l'amétropie axile corrigée et dans l'emmétropie.

Annales d'oculistique, février 1894.

Ce travail est destiné à faire comprendre par une démonstration géométrique élémentaire que, dans la myopie comme dans l'hypermétropie axiles, le verre correcteur placé au foyer antérieur a pour but d'avancer ou de reculer le point nodal d'une longueur égale à l'excès ou au déficit de longueur de l'axe de l'œil.

185. Action comparative de l'holocaïne et de la cocaïne en ophtalmologie.

(En collaboration avec le Dr Cosse.)

Recueil d'ophtalmologie, 1898, pp. 624-634.

Après une série d'expériences faites sur des yeux sains et des yeux malades, nous arrivons aux constatations suivantes :

L'holocaïne a un pouvoir anesthésique plus considérable que la cocaïne; elle ne dilate pas la pupille, tandis que la cocaïne la dilate beaucoup, laisse intacte la tension oculaire ou l'accroît légèrement. La cocaïne la diminue.

L'holocaïne n'éraille ni ne dessèche l'épithélium cornéen. L'holocaïne à 1 °/₀ est le collyre de choix pour les opérations de strabisme, de chalazion, de ptérygion et l'extraction des corps étrangers de la conjonctive et de la cornée.

Elle peut, à faible dose, 4, 6 ou 8 gouttes de la solution à 1 p. 100, être injectée sous la conjonctive ou sous la peau.

Pour les opérations d'iridectomie et de cataracte, on emploiera avantageusement l'holocaïne mélangée à la cocaïne (holocaïne 0,05, cocaïne 0,10, eau stérilisée 10).

La cocaïne à 2 ou 3 p. 100 reste l'anesthésique de choix pour les opérations dans lesquelles on a intérêt à abaisser la tension intra-oculaire.

186. **Accideni dû à la cocaïne.** *Gazette des Sciences médicales de Bordeaux*, 1893, n° 19, p. 227.

Observation concernant un cas d'intoxication par la cocaïne survenu pendant une opération de strabisme chez un enfant après instillation d'une dizaine de gouttes d'une solution à 5 °/₀.

187. **Note sur l'emploi de l'extrait de corps ciliaire et de corps vitré dans la thérapeutique ophtalmologique.**

La Clinique ophtalmologique, 25 août 1898.

Il s'agit d'une préparation à laquelle nous donnons le nom d'Oculine et qui est constituée par une macération de corps ciliaire et de corps vitré de bœuf dans la glycérine, à parties égales, filtrée et additionnée d'un poids égal de sérum physiologique stérilisé. Le médicament s'administre à la dose de 15 grammes par jour par la voie stomacale ou mieux en injection sous-conjonctivale, et il a rendu des services comme complément à la ponction, au décubitus dorsal dans le traitement du décollement de la rétine. Nous avons employé la même préparation avec succès après l'opération de la cataracte, lorsqu'il est survenu une perte de *vitreum*.

Nous avons de même utilisé l'extrait aqueux de suc cornéen en injections sous-conjonctivales dans le traitement des taies de la cornée.

188. Injections hypodermiques de solutions huileuses hydrargyriques gaïacolées.

Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 3 mars 1899.

En incorporant du gaïacol de synthèse à la solution d'huile d'olive hydrargyrique, nous avons réussi à rendre les injections *absolument indolores*, et par conséquent nous avons ainsi amélioré l'excellente préparation que le professeur Panas a fait passer dans la pratique courante.

La formule que nous utilisons est la suivante :

Biiodure d'Hg.	15 cent.
Huile d'olive stérilisée. . . .	30 gr.
Gaïacol de synthèse.	1 gr.

189. Contribution à l'étude clinique des affections oculaires dans le diabète sucré.

Archives d'ophtalmologie, 1887, p. 65-83.

Il s'agit d'un recueil de faits. Ce travail a surtout pour but de montrer l'importance extrême que doit prendre le diagnostic du diabéte en ophtalmologie. Il faut presque toujours songer à cette affection en présence des lésions locales que révéle l'ophtalmoscope, ou des troubles visuels qui découlent d'une affection centrale.

Dans ce travail, nous nous sommes appliqué à montrer les signes ophtalmologiques différentiels de la rétine diabétique et de la rétinite brigthique.

190. Appareil pour modifier la température de l'œil.

Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, séance du 2 décembre 1898.
(1 figure dans le texte).

Nous avons imaginé un instrument à l'aide duquel il est facile de modifier la température locale de l'œil. Cet instrument est une applica-

tion particulière des tubes de Leiter, dont l'usage en médecine est bien connu. La calotte métallique qui contient la spirale des tubes de Leiter



Fig. 13.

se moule sur l'œil et répartit uniformément la température. Nous reproduisons ici la figure 13, parce qu'elle dispense d'une description.

191. Pulvérisateur à vapeur.

Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 15 mars 1895.

Cet appareil permet de donner facilement, aux deux yeux à la fois, des douches antiseptiques.

C'est le pulvérisateur de Lourenço auquel nous avons eu l'idée d'adapter des ajutages ordinaires qui, dans les pulvérisateurs de Lister, permettent de faire de l'antisepsie. Une petite crémaillère offre l'avantage

de placer ces ajutages en dehors de l'action aspiratrice de la vapeur

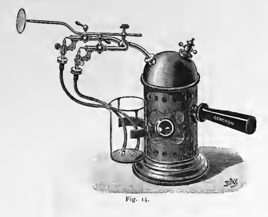


Fig. 14.

d'eau et d'administrer aux malades une simple douche de vapeur sur les deux yeux ou sur un œil séparément (V. la figure 14).

192. De l'examen fonctionnel de l'œil et de l'étude des vices de réfraction dans leurs rapports avec la médecine générale.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales, nos 24 et 25, 1898.

Leçon faite à la Faculté de médecine de Bordeaux destinée à faire ressortir l'utilité pour les praticiens d'apprendre l'ophtalmologie et même, dans une certaine mesure, les vices de réfraction qui sont souvent la cause d'affections graves.

———

THÈSES INSPIRÉES

Les thèses d'ophtalmologie, écrites par nos élèves, renferment toutes des observations intéressantes recueillies dans les divers services dont nous avons eu la direction. Nous croyons que ce serait allonger inutilement cet exposé de nos travaux que de citer ces observations dont le titre de la thèse indique suffisamment la nature.

1884. BORDAS. *Contribution à l'étude du mélanosarcome de la région antérieure de l'œil.*

1884. BOS. *Des cataractes syphilitiques.*

1886. PILLOT. *Des affections oculaires dans le diabète sucré.*

1886. PEYRET. *L'extirpation de la glande lacrymale et ses indications.*

1889. USSEL. *Le fibrome de l'orbite.*

1889. NOBLOT. *Essai sur les affections oculaires liées à la menstruation.*

1891. SEREGÉ. *Contribution à l'étude de l'ophtalmie sympathique.*

1891. ROZIER. *Contribution à l'étude de l'ophtalmoplégie d'origine nucléaire.*

1892. ROUDIÉ. *Étude sur le sarcome du nerf optique.*

1892. GUIET. *De l'éléphantiasis des paupières.*

1892. NOGUÉ. *Traitement chirurgical de la conjonctivite granuleuse.*

1894. CHABANEIX. *De l'électrolyse dans le traitement des rétrécissements des voies lacrymales.*

1894. LÉPINE. *Contribution à l'étude des paralysies oculaires par fracture du crâne.*

1894. LEGENDRE. *Contribution à l'étude des ruptures de la sclérotique.*

1895. DUCLOS. *Étude sur les dimensions du cristallin.*

1895. MAFFRÉ DE LASTENS. *De la valeur du procédé optométrique de Cuignet dans le diagnostic des amétropies chez les enfants.*

1896. SOUZEAU DE PUYBERNEAU. *De l'extirpation des glandes lacrymales.*

1896. CHARTRES. *Contribution à l'étude de l'ophtalmie purulente.*

1897. BERBINEAU. *Étude sur les rayons de courbure de la cornée et de leurs rapports avec les amétropies de l'œil.*

1898. BRISEMUR. *Contribution à l'étude du dacryops.*

1898. MICHEL. *Contribution à l'étude bactériologique de l'ophtalmie phlycténulaire.*

1898. FLOUS. *Contribution à l'étude du sarcome mélanique de la choroïde.*

1898. SEUDRIER. *Contribution à l'étude des ruptures de la sclérotique.*

1898. GRANGE. *Sur les spasmes toniques du muscle ciliaire, dans l'hypermétropie et la myopie.*

1899. COSSE. *Traitement du strabisme.*

1899. ERDINGER. *Des variations des rayons de courbure de la cornée sous l'influence de l'atropine.*

1899. FERMOND. *De l'angiome de l'orbite.*

1899. MARQUE. *Résultats éloignés donnés par le brossage dans le traitement des ophtalmies granuleuses.*

1900. AYRAUD. *La tuberculose conjonctivale primitive.*

1900. DE VALLANDÉ. *Contribution à l'étude des kératites à hypopyon.*

1900. GROSFILLEZ. *Les déplacements congénitaux du cristallin.*

TABLE DES MATIÈRES